

LIGAMENTO ANTEROLATERAL DE LA RODILLA: EVIDENCIA ANATÓMICA, PREVALENCIA, INSERCIONES E IMPLICACIONES QUIRÚRGICAS. REVISIÓN NARRATIVA

ANTEROLATERAL LIGAMENT OF THE KNEE: ANATOMICAL EVIDENCE, PREVALENCE, INSERTIONS, AND SURGICAL IMPLICATIONS. NARRATIVE REVIEW

Karen Lorena Herrera Meneses¹, Aristóteles Manuel Rojas Miranda², Juan Camilo Gutiérrez González³, Nicolas Acosta Uribe⁴, Edilbert Andrés Almanza Meza⁵, Luis Ernesto Álvarez Zambrano⁶

Recibido: 15 de Julio de 2026

Aprobado 15 de agosto de 2026

Resumen

Introducción: La reconstrucción del ligamento cruzado anterior puede asociarse con laxitud rotatoria anterolateral residual, lo que ha renovado el interés por las estructuras del compartimento anterolateral de la rodilla, incluido el ligamento anterolateral (LAL). **Objetivo:** Sintetizar críticamente la evidencia anatómica sobre existencia, prevalencia, morfometría e inserciones del LAL, así como sus implicaciones quirúrgicas. **Métodos:** Se estructuró una revisión narrativa orientada por SANRA, con búsqueda en la ventana 2016–2026 y recuperación complementaria por snowballing de obras seminales previas. Se priorizaron estudios cadavéricos, histológicos, de imagen, biomecánicos y revisiones que abordaran la existencia, prevalencia, inserciones o caracterización anatómica del LAL. **Resultados:** Los estudios incluidos muestran un trazado anatómico relativamente consistente cuando el LAL se identifica, con origen femoral en la vecindad del epicóndilo lateral, inserción tibial entre el tubérculo de Gerdy y la cabeza del peroné, y unión casi constante con el menisco lateral. Sin embargo, la prevalencia varía marcadamente entre estudios primarios, desde ausencia completa hasta identificación universal, mientras que las síntesis agrupadas reportan estimaciones intermedias-altas y un gradiente geográfico. **Conclusiones:** El LAL puede considerarse una estructura topográficamente consistente, pero de presencia variable y naturaleza aún discutida. La evidencia incluida permite responder mejor sobre existencia, prevalencia e inserciones que sobre morfometría o beneficio quirúrgico directo.

Cómo citar este artículo: Herrera Meneses KL, Rojas Miranda AM, Gutiérrez González JC, Acosta Uribe N, Almanza Meza EA, Álvarez Zambrano LE. Ligamento anterolateral de la rodilla: evidencia anatómica, prevalencia, inserciones e implicaciones quirúrgicas. Revisión narrativa. Revista Ciencias Básicas En Salud, 4(4):125-135. Octubre 2026, ISSN 2981-5800



Palabras clave: *Ligamento anterolateral; rodilla; anatomía; reconstrucción del ligamento cruzado anterior; inestabilidad rotacional; revisión narrativa.*

Summary

Introduction: Anterior cruciate ligament reconstruction may be associated with residual anterolateral rotator laxity, which has renewed interest in the structures of the anterolateral compartment of the knee, including the anterolateral ligament (LAL). **Objective:** To critically synthesize the anatomical evidence on the existence, prevalence, morphometry, and insertions of LAL, as well as its surgical implications. **Methods:** A narrative review guided by SANRA was structured, with a search in the 2016–2026 window and complementary recovery by snowballing of previous seminal works. Priority was given to cadaveric, histological, imaging, biomechanical studies and reviews that addressed the existence, prevalence, insertions, or anatomical characterization of LAL. **Results:** The included studies show a consistent anatomical tracing when LAL is identified, with femoral origin in the vicinity of the lateral epicondyle, tibial insertion between Gerdy's tubercle and the head of the fibula, and almost constant attachment to the lateral meniscus. However, prevalence varies markedly between primary studies, from complete absence to universal identification, while pooled syntheses report intermediate-high estimates and geographic gradient. **Conclusions:** The LAL can be considered a topographically consistent structure, but of variable presence and nature still discussed. The evidence included allows us to better answer about existence, prevalence, and insertions than about morphometry or direct surgical benefit.

Keywords: *Nerve allograft; Autograft; Peripheral nerve trauma; Nerve regeneration; Acellular tissue transplantation; Review.*

Introducción

La reconstrucción del ligamento cruzado anterior (LCA) es un procedimiento habitual en la cirugía de rodilla; sin embargo, una proporción relevante de pacientes conserva una laxitud rotatoria anterolateral residual expresada clínicamente como pivot shift que se ha correlacionado con peores resultados funcionales y con un mayor riesgo de fracaso del injerto [1]. Este hecho ha dirigido la atención hacia las estructuras

del compartimento anterolateral de la rodilla como restrictores secundarios de la rotación interna tibial, entre las que se ha postulado el denominado ligamento anterolateral (LAL) [2].

Aunque ya en 1879 Segond describió una banda fibrosa de aspecto perlado en la cara anterolateral de la rodilla, fue la descripción cadavérica de Claes et al. en 2013 la que reavivó el interés por el LAL como estructura individualizada [2]. Desde entonces, diversas revisiones sistemáticas han caracterizado su

Cómo citar este artículo: Herrera Meneses KL, Rojas Miranda AM, Gutiérrez González JC, Acosta Uribe N, Almanza Meza EA, Álvarez Zambrano LE. Ligamento anterolateral de la rodilla: evidencia anatómica, prevalencia, inserciones e implicaciones quirúrgicas. Revisión narrativa. Revista Ciencias Básicas En Salud, 4(4):125-135. Octubre 2026, ISSN 2981-5800

prevalencia, morfometría e inserciones, ubicando su origen femoral en la vecindad del epicóndilo lateral, su inserción tibial entre el tubérculo de Gerdy y la cabeza del peroné, y una conexión casi constante con el menisco lateral [3,4].

No obstante, persiste un desacuerdo sustancial sobre su naturaleza anatómica: mientras algunos autores lo definen como un ligamento verdadero, otros no logran aislar una estructura individualizable y lo interpretan como un engrosamiento de la cápsula anterolateral [3,4]. La prevalencia comunicada es marcadamente heterogénea y varía según el método de disección y la procedencia geográfica de las series, con cifras mayores en estudios norteamericanos que en asiáticos [4,5]. Esta inconsistencia se refleja también en la nomenclatura y ha motivado la propuesta de referirse a un complejo anterolateral [6].

Dado que las indicaciones de los procedimientos de aumentación anterolateral dependen de una comprensión anatómica precisa, resulta pertinente sintetizar de forma crítica la evidencia existente [1,6]. El objetivo de esta revisión narrativa es integrar el conocimiento sobre la existencia, la prevalencia, la morfometría y las inserciones del LAL, así como su relevancia para la cirugía de la inestabilidad rotacional. De ello deriva la pregunta de investigación: en la rodilla

humana, ¿qué evidencia anatómica — prevalencia, morfometría e inserciones— respalda al LAL como estructura ligamentosa individualizada frente a su consideración como un engrosamiento capsular, y qué implicaciones quirúrgicas conlleva?

Metodología

Se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura cuya elaboración se orientó por la escala SANRA (Scale for the Assessment of Narrative Review Articles) como marco de calidad y transparencia para revisiones no sistemáticas [11]. La estrategia de búsqueda se planteó para PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Embase y Cochrane Library, restringida a la ventana 2016–2026 y a publicaciones en inglés o español, combinando términos libres y vocabulario controlado mediante una estrategia del tipo ("anterolateral ligament") AND (knee) AND (anatomy OR morphology OR cadaver* OR prevalence OR insertion* OR histolog*). La búsqueda se complementó con revisión manual de las listas de referencias de los artículos seleccionados (snowballing), procedimiento que permitió recuperar obras seminales previas a la ventana para fundamentar el marco conceptual. Tras eliminar duplicados, dos fases de cribado —título/resumen y texto completo— aplicaron los criterios de inclusión y exclusión alineados con la

Cómo citar este artículo: Herrera Meneses KL, Rojas Miranda AM, Gutiérrez González JC, Acosta Uribe N, Almanza Meza EA, Álvarez Zambrano LE. Ligamento anterolateral de la rodilla: evidencia anatómica, prevalencia, inserciones e implicaciones quirúrgicas. Revisión narrativa. Revista Ciencias Básicas En Salud, 4(4):125-135. Octubre 2026, ISSN 2981-5800

PICO detallados en la Tabla 1. Se priorizaron estudios anatómicos cadavéricos, histológicos, de imagen y biomecánicos que caracterizaran la existencia, prevalencia, morfometría o inserciones del ligamento anterolateral. La consulta y verificación efectiva quedó

documentada principalmente en PubMed/MEDLINE y fuentes abiertas; la confirmación directa en Scopus, Web of Science y Embase permanece marcada como pendiente de verificación y no se completó por inferencia.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión alineados con la pregunta PICO. LAL: ligamento anterolateral; LCA: ligamento cruzado anterior; RM: resonancia magnética.

Componente PICO	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
P — Población	Rodilla humana: cadáver fresco o embalsamado, espécimen fetal, o sujetos in vivo evaluados por imagen (RM/ecografía) o en cirugía.	Modelos animales o especímenes sintéticos/protésicos; rodillas con artroplastia o degeneración grave que impida valorar el LAL.
I — Estructura de interés	Estudios que aborden específicamente la existencia, anatomía, morfometría, inserciones, histología o inervación del LAL.	Estudios que no individualicen el LAL, centrados solo en LCA, banda iliotibial o cápsula sin distinguirlo.
C — Marco comparativo	Estudios que permitan contrastar el LAL como ligamento individualizado frente a su interpretación como engrosamiento capsular o componente del complejo anterolateral.	Trabajos sin datos que permitan esa distinción.
O — Desenlaces	Prevalencia/frecuencia; dimensiones; patrón de inserciones femoral, tibial y meniscal; caracterización histológica e inervación.	Estudios que solo reporten resultados clínicos de reconstrucción sin datos anatómicos del LAL, salvo uso contextual para relevancia quirúrgica.
Diseño	Estudios cadavéricos, histológicos, de imagen y biomecánicos; revisiones y consensos para contexto.	Resúmenes de congreso, cartas y editoriales sin datos primarios; textos no recuperables; duplicados.
Idioma y ventana	Inglés o español; 2016–2026. Obras seminales previas por snowballing para marco conceptual.	Otros idiomas; fuera de la ventana sin valor seminal.

Resultados

El conjunto de estudios incluidos muestra una coincidencia anatómica notable acompañada de una marcada discrepancia cuantitativa. Donde el ligamento anterolateral (LAL) se

identifica, su trazado es consistente: origen femoral en la vecindad del epicóndilo lateral con tendencia a situarse proximal y posterior a este [7,8] e inserción tibial entre el tubérculo de Gerdy y la cabeza del peroné, con una unión casi constante al menisco lateral

Cómo citar este artículo: Herrera Meneses KL, Rojas Miranda AM, Gutiérrez González JC, Acosta Uribe N, Almanza Meza EA, Álvarez Zambrano LE. Ligamento anterolateral de la rodilla: evidencia anatómica, prevalencia, inserciones e implicaciones quirúrgicas. Revisión narrativa. Revista Ciencias Básicas En Salud, 4(4):125-135. Octubre 2026, ISSN 2981-5800



(97% de los estudios agrupados) [4,8]. La discordancia aparece en la prevalencia: oscila entre el 0% (0/15) en cadáveres en formol [10] y el 100% (52/52) en una serie embalsamada [7], con valores intermedios del 42,5% (51/120) [9] y el 45,5% (20/44) [8], frente a estimaciones agrupadas del 79% (1.478 rodillas) [4] y del 61,7% global [5]. Esta dispersión no parece aleatoria, sino ligada al método de disección y a la definición operativa del LAL, y muestra además un gradiente geográfico 82% en Norteamérica, 64,9% en Europa y 45,8% en Asia [5], coherente con el 42,5% hallado en población coreana [9].

La controversia de fondo se refleja también en la interpretación, no solo en la frecuencia: incluso cuando la estructura se halla, algunos autores la describen con un borde anterior indistinto fusionado con la cápsula y la denominan

"ligamento capsular anterolateral", concluyendo que sería un engrosamiento capsular [9], mientras que otro estudio no la identifica en absoluto y plantea que podría ser parte de otra estructura o un artefacto de disección [10]. En el polo opuesto, los trabajos que sí la individualizan la presentan como un ligamento delgado, no isométrico y con identidad propia [4,7,8]. Los vacíos del conjunto incluido son dos: la morfometría agrupada (longitud, anchura y grosor) no pudo extraerse de los resúmenes y queda en ND en los estudios incluidos, y la histología/inervación se menciona de forma cualitativa, pero sin datos cuantitativos homogéneos. Conviene subrayar que estos son estudios anatómicos descriptivos: no generan medidas de asociación (OR/RR/IC), por lo que esas columnas figuran como no aplicables, no como datos faltantes.

Cuadro 1. Estudios anatómicos primarios cadavéricos sobre existencia, prevalencia, origen e inserción del ligamento anterolateral de la rodilla. Reúne cuatro disecciones cadavéricas (2016–2019) que ilustran la amplitud del debate, desde la ausencia total hasta la presencia universal del LAL.

Autor, año	País/contexto	Diseño y NE†	n	Estructura/método evaluado	Desenlaces con cifras	Hallazgo principal
Daggett et al., 2016 [7]	EE. UU./Francia; cadáveres embalsamados.	Anatómico descriptivo; NE: N/A (estudio básico).	Fifty-two rodillas	Análisis del origen femoral del LAL; LAL como estructura definida.	Prevalencia 100% (52/52); origen femoral proximal-posterior al epicóndilo lateral (distribución exacta ND); OR/RR/IC: N/A.	LAL identificable en todas las piezas; refina la localización del origen femoral.

Cómo citar este artículo: Herrera Meneses KL, Rojas Miranda AM, Gutiérrez González JC, Acosta Uribe N, Almanza Meza EA, Álvarez Zambrano LE. Ligamento anterolateral de la rodilla: evidencia anatómica, prevalencia, inserciones e implicaciones quirúrgicas. Revisión narrativa. Revista Ciencias Básicas En Salud, 4(4):125-135. Octubre 2026, ISSN 2981-5800

Autor, año	País/contexto	Diseño y NE†	n	Estructura/método evaluado	Desenlaces con cifras	Hallazgo principal
Runer et al., 2016 [8]	Austria (Innsbruck); cadáveres.	Anatómico descriptivo ; NE: N/A.	Forty-four rodillas	Disección; LAL vs capa cápsulo-ósea de la BIT.	Prevalencia 45,5% (20/44); origen junto al LCF 45% / posterior-proximal 55%; máxima extensión a 60° de flexión + RI máxima; longitud/anchura ND; p: N/A.	LAL presente en aproximadamente la mitad de los casos; debe distinguirse de la BIT; posible rol rotatorio.
Cho & Kwak, 2019 [9]	Corea del Sur; cadáveres frescos congelados.	Anatómico descriptivo ; NE: N/A.	120 rodillas (64 cadáveres)	Disección con RI; ligamento verdadero vs capsular.	Prevalencia 42,5% (51/120); bilateral 26,8% (15/56); derecha 50,0% (31/62) vs izquierda 34,5% (20/58), p=0,09; sin diferencia por sexo, p=0,58; morfometría ND.	Borde anterior indistinto, fusionado con la cápsula; lo interpretan como engrosamiento capsular.
Fardin et al., 2017 [10]	Brasil (UFES); cadáveres en formol.	Anatómico descriptivo ; NE III (diagnóstico, según autores).	Fifteen rodillas	Disección y cortes mesoscópicos; búsqueda del LAL.	Prevalencia 0% (0/15); morfometría: N/A.	LAL no identificado; posible parte de otra estructura o artefacto de disección.

.Siglas: LAL = ligamento anterolateral; BIT = banda iliotibial; LCF = ligamento colateral fibular; RI = rotación interna; NE = nivel de evidencia; N/A = no aplicable; ND = no disponible; OR = odds ratio; RR = riesgo relativo; IC = intervalo de confianza; p = valor p; n = tamaño muestral.

Cuadro 2. Síntesis de evidencia sobre prevalencia y anatomía del ligamento anterolateral en estudios cadavéricos. Agrupa una revisión sistemática con metaanálisis y una revisión sistemática que estiman prevalencia global, gradiente geográfico y relación meniscal.

Cómo citar este artículo: Herrera Meneses KL, Rojas Miranda AM, Gutiérrez González JC, Acosta Uribe N, Almanza Meza EA, Álvarez Zambrano LE. Ligamento anterolateral de la rodilla: evidencia anatómica, prevalencia, inserciones e implicaciones quirúrgicas. Revisión narrativa. Revista Ciencias Básicas En Salud, 4(4):125-135. Octubre 2026, ISSN 2981-5800

Autor, año	Ámbito/bases	Diseño y NE†	n	Foco	Desenlaces agrupados	Hallazgo principal
Totlis et al., 2024 [4]	Internacional; PubMed, Scopus, CENTRAL (hasta jun-2022).	RS con MA de estudios cadavéricos; NE: N/A.	Thirty-three estudios; 1.478 rodillas	Prevalencia, morfometría, isometría e inserciones del LAL.	Prevalencia 79%; inserción al menisco lateral 97%; longitud/anchura/grosor agrupados ND.	LAL delgado y no isométrico, con unión casi constante al menisco lateral.
Hohmann et al., 2025 [5]	Internacional; Medline, Embase, Scopus, Google Scholar (2012–2024).	RS de estudios cadavéricos; NE: N/A.	Thirty estudio s; rodillas ND	Prevalencia y características morfológicas por región.	Prevalencia global 61,7% (Norteamérica 82%; Europa 64,9%; Asia 45,8%); morfometría agrupada ND.	La detección del LAL varía con el método y muestra un gradiente geográfico.

Siglas: RS = revisión sistemática; MA = metaanálisis; CENTRAL = Cochrane Central Register of Controlled Trials; LAL = ligamento anterolateral; NE = nivel de evidencia; N/A = no aplicable; ND = no disponible; n = tamaño muestral.

Nota sobre el NE: los estudios anatómicos cadavéricos descriptivos no se ajustan a la escala clásica de niveles de evidencia terapéutica/diagnóstica; por eso se marcan como N/A, salvo Fardin et al., que se autoasignan NE III.

Discusión

Frente a la pregunta de si la evidencia anatómica respalda al ligamento anterolateral (LAL) como estructura ligamentosa individualizada o como un engrosamiento capsular, los hallazgos reunidos ofrecen una respuesta parcial y matizada: cuando el LAL se identifica, su topografía es reproducible origen femoral vecino al epicóndilo lateral e inserción tibial entre el tubérculo de

Gerdy y la cabeza del peroné, con unión meniscal casi constante [4,8], pero su prevalencia varía de forma extrema entre las series primarias [7,8,9,10] y las estimaciones agrupadas se sitúan en un rango intermedio-alto [4,5], sin zanjar el debate sobre su naturaleza.

Esta heterogeneidad parece atribuible más al método de disección y a la definición operativa del LAL que a una verdadera variabilidad biológica, e incluye además un gradiente geográfico

Cómo citar este artículo: Herrera Meneses KL, Rojas Miranda AM, Gutiérrez González JC, Acosta Uribe N, Almanza Meza EA, Álvarez Zambrano LE. Ligamento anterolateral de la rodilla: evidencia anatómica, prevalencia, inserciones e implicaciones quirúrgicas. Revisión narrativa. Revista Ciencias Básicas En Salud, 4(4):125-135. Octubre 2026, ISSN 2981-5800



[5,9]. La controversia "ligamento verdadero frente a engrosamiento capsular" no es externa a los estudios incluidos, sino que está contenida en ellos: series que sí lo hallan difieren en su interpretación [4,7,8 frente a 9,10]. Como contexto, esto prolonga la discusión abierta por la redescrición cadavérica de Claes et al. [2] y es coherente con el giro nomenclatural hacia un "complejo anterolateral" propuesto por el grupo de consenso internacional [6].

Para la práctica, la incertidumbre sobre la identidad del LAL pesa menos que la constancia de sus reparos óseos: la reproducibilidad de la inserción tibial (Gerdy–cabeza del peroné) y del origen femoral [4,7,8] permite procedimientos de aumentación anterolateral guiados por referencias anatómicas. Esto es especialmente pertinente en contextos de recursos limitados, donde una técnica basada en reparos óseos reduce la dependencia de imagen avanzada o de injertos específicos; al mismo tiempo, la naturaleza disputada y la presencia no universal del LAL [9,10] aconsejan prudencia frente a una indicación rutinaria o universal de reconstrucción sustentada solo en la anatomía. Como contexto clínico, la relevancia de la aumentación lateral en pacientes de alto riesgo se apoya en evidencia ajena a esta revisión anatómica [1].

Limitaciones. Los estudios incluidos son anatómicos descriptivos, que no se

ajustan a las escalas de nivel de evidencia ni generan medidas de asociación (OR/RR/IC); la morfometría agrupada no pudo extraerse de los resúmenes y quedó como dato no disponible en el conjunto incluido, al igual que la histología y la inervación cuantitativas. Como revisión narrativa, la selección no es exhaustiva; además, la búsqueda se ejecutó y verificó principalmente en PubMed/MEDLINE y fuentes abiertas, mientras que la consulta en Scopus, Web of Science y Embase queda pendiente de ejecución y confirmación. Persisten, por último, la heterogeneidad metodológica entre disecciones y la escasa representación de poblaciones asiáticas y latinoamericanas entre los estudios primarios [9,10].

Líneas futuras. Resulta prioritario estandarizar la definición operativa del LAL y el protocolo de disección para reducir la dispersión de prevalencias; reportar la morfometría con medias $\pm$ DE en unidades homogéneas; ampliar la evidencia primaria en poblaciones infrarrepresentadas; cuantificar histología e inervación; y vincular los hallazgos anatómicos con desenlaces biomecánicos y clínicos. Desde lo metodológico, conviene registrar el protocolo y completar la búsqueda en las cinco bases para una síntesis verificable.

Cómo citar este artículo: Herrera Meneses KL, Rojas Miranda AM, Gutiérrez González JC, Acosta Uribe N, Almanza Meza EA, Álvarez Zambrano LE. Ligamento anterolateral de la rodilla: evidencia anatómica, prevalencia, inserciones e implicaciones quirúrgicas. Revisión narrativa. Revista Ciencias Básicas En Salud, 4(4):125-135. Octubre 2026, ISSN 2981-5800

Conclusiones

Respondiendo de forma explícita y diferenciada a cada componente de la PICO:

Población (P): la evidencia incluida procede de rodillas cadavéricas frescas y embalsamadas y de síntesis de estudios cadavéricos; para especímenes fetales y series de imagen in vivo, dentro del conjunto incluido la evidencia es insuficiente.

Estructura / identificación (I): el LAL se identifica como estructura topográficamente reproducible en una proporción mayoritaria pero no universal de las piezas [4,5]; su existencia como entidad individualizada está respaldada de forma parcial, no concluyente.

Comparación (C): la interpretación alternativa como engrosamiento capsular es una postura real y sostenida dentro de la propia evidencia incluida [9,10]; el debate no está resuelto.

Desenlaces (O): la prevalencia está documentada, pero es muy heterogénea [4,5,7,8,9,10]; las inserciones femoral, tibial y meniscal son consistentes [4,8]; la morfometría (longitud, anchura, grosor) y la histología/inervación cuantitativas tienen evidencia insuficiente en el set incluido.

Desajuste con la pregunta original. La PICO incluía morfometría e implicaciones quirúrgicas; con la

evidencia incluida, la morfometría no puede responderse de forma suficiente y las implicaciones quirúrgicas solo se abordan de modo indirecto, desde la anatomía, no a partir de estudios clínicos del conjunto. Por tanto, el alcance realmente verificable es la existencia, la prevalencia y las inserciones, no la morfometría ni el beneficio quirúrgico directo.

Recomendación prudente. El LAL debe considerarse una estructura anatómicamente consistente en su trazado, pero de presencia variable y de naturaleza aún disputada (ligamento frente a engrosamiento capsular). Sus reparos óseos constantes pueden orientar los procedimientos de aumentación, pero la anatomía por sí sola no justifica una reconstrucción rutinaria; antes de conclusiones anatómicas firmes, son necesarias una definición estandarizada y un reporte morfométrico homogéneo.

Bibliografía

1. Getgood AMJ, Bryant DM, Litchfield R, Heard M, McCormack RG, Rezansoff A, et al. Lateral extra-articular tenodesis reduces failure of hamstring tendon autograft anterior cruciate ligament reconstruction: 2-year outcomes from the STABILITY study randomized clinical trial. Am J Sports Med. 2020;48(2):285-297. doi:10.1177/0363546519896333.

Cómo citar este artículo: Herrera Meneses KL, Rojas Miranda AM, Gutiérrez González JC, Acosta Uribe N, Almanza Meza EA, Álvarez Zambrano LE. Ligamento anterolateral de la rodilla: evidencia anatómica, prevalencia, inserciones e implicaciones quirúrgicas. Revisión narrativa. Revista Ciencias Básicas En Salud, 4(4):125-135. Octubre 2026, ISSN 2981-5800

2. Claes S, Vereecke E, Maes M, Victor J, Verdonk P, Bellemans J. Anatomy of the anterolateral ligament of the knee. *J Anat.* 2013;223(4):321-328. doi:10.1111/joa.12087.
3. Ariel de Lima D, Helito CP, Lacerda de Lima L, de Castro Silva D, Costa Cavalcante ML, Dias Leite JA. Anatomy of the anterolateral ligament of the knee: a systematic review. *Arthroscopy.* 2019;35(2):670-681. doi:10.1016/j.arthro.2018.09.006.
4. Totlis T, Tishukov M, Piagkou M, Vasiliadis AV, Tsiouris C, Domashenko P, et al. The anterolateral ligament of the knee is a nonisometric thin ligament with high prevalence and almost constant attachment to the lateral meniscus: a systematic review with meta-analysis. *Arthroscopy.* 2024;40:1288-1299. doi:10.1016/j.arthro.2023.09.031.
5. Hohmann E, Keough N, Molepo M, Arciero R, Imhoff A. The knee anterolateral ligament is present in 82% of North Americans and 65% of Europeans but only in 46% of Asian studies: a systematic review of frequency and anatomy. *Arthroscopy.* 2025;41:3153-3171.e7. doi:10.1016/j.arthro.2024.10.029.
6. Getgood A, Brown C, Lording T, et al. The anterolateral complex of the knee: results from the International ALC Consensus Group Meeting. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2019;27:166-176. doi:10.1007/s00167-018-5072-6.
7. Daggett M, Ockuly AC, Cullen M, Busch K, Lutz C, Imbert P, et al. Femoral origin of the anterolateral ligament: an anatomic analysis. *Arthroscopy.* 2016;32(5):835-841. doi:10.1016/j.arthro.2015.10.006.
8. Runer A, Birkmaier S, Pamminger M, Reider S, Herbst E, Künzel KH, et al. The anterolateral ligament of the knee: a dissection study. *Knee.* 2016;23(1):8-12. doi:10.1016/j.knee.2015.09.014.
9. Cho HJ, Kwak DS. Anatomical consideration of the anterolateral ligament of the knee. *Biomed Res Int.* 2019;2019:5740473. doi:10.1155/2019/5740473.
10. Fardin PBA, Lizardo JHF, Baptista JS. Study of the anterolateral ligament of the knee in formalin-embedded cadavers. *Acta Ortop Bras.* 2017;25(2):89-92. doi:10.1590/1413-785220172502162204.
11. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev.* 2019;4:5. doi:10.1186/s41073-019-0064-8.

Cómo citar este artículo: Herrera Meneses KL, Rojas Miranda AM, Gutiérrez González JC, Acosta Uribe N, Almanza Meza EA, Álvarez Zambrano LE. Ligamento anterolateral de la rodilla: evidencia anatómica, prevalencia, inserciones e implicaciones quirúrgicas. Revisión narrativa. *Revista Ciencias Básicas En Salud*, 4(4):125-135. Octubre 2026, ISSN 2981-5800



¹ Universidad Surcolombiana,
<https://orcid.org/0000-0002-3743-0181>

² Universidad del Norte
<https://orcid.org/0009-0008-3429-7259>

³ Universidad Surcolombiana
<https://orcid.org/0009-0003-3775-5140>

⁴ Universidad de Cartagena
<https://orcid.org/0000-0003-1995-1685>

⁵ Universidad Surcolombiana,
<https://orcid.org/0000-0002-1372-1291>

⁶ Universidad El Bosque
<https://orcid.org/0009-0008-6738-3890>

Cómo citar este artículo: Herrera Meneses KL, Rojas Miranda AM, Gutiérrez González JC, Acosta Uribe N, Almanza Meza EA, Álvarez Zambrano LE. Ligamento anterolateral de la rodilla: evidencia anatómica, prevalencia, inserciones e implicaciones quirúrgicas. Revisión narrativa. Revista Ciencias Básicas En Salud, 4(4):125-135. Octubre 2026, ISSN 2981-5800

