

1. Los resultados estadísticos demuestran que el análisis de la displasia de la tróclea femoral obtenido con el corte axial de RM (profundidad e inclinación de la carilla externa), a diferencia de la radiografía simple, es mejor que el obtenido con el corte sagital (saliente).
2. La displasia de la tróclea femoral es un parámetro fundamental en la IRO. La profundidad de la tróclea en la cima (CE-G cima) es de 3,3 mm en el grupo IRO y de 6,3 mm en el grupo control; mientras que en el arco románico (CE-G arco) es de 4,2 mm en el grupo IRO y de 6,4 mm en el grupo control. En las rodillas del grupo control la profundidad de la tróclea es similar en la cima y en el arco románico (6,3 y 6,4 mm respectivamente); mientras que en el grupo IRO es más plana en la cima (3,3 mm y 4,2 mm respectivamente).
3. La altura rotuliana, otro factor causal determinante de la IRO, evaluada con el índice de Insall-Salvati es más sensible (78%) que con el índice de Caton-Deschamps (69,5%). El índice de Insall-Salvati presenta una asociación más potente y significativa con la IRO (odds ratio: 4,5) que el índice de Caton-Deschamps (odds ratio: 2,1). Por tanto, I-S es mejor que C-D para evaluar la altura rotuliana en la IRO.
4. La báscula rotuliana (β) es otro factor muy importante para la IRO. Cuando es superior a 11° (sensibilidad del 92,7%), es de entre todos los factores predisponentes el parámetro que mejor clasifica los casos de IRO.
5. Los parámetros más sensibles son la báscula rotuliana (β : 92,7%), la profundidad de la tróclea en el arco románico (CE-G arco: 85,7%) y el índice de Insall-Salvati (I-S: 78%).
6. Los parámetros más específicos son el índice morfológico (LR/AH: 86,9%), la longitud del tendón rotuliano (LTR: 84,5%) y la nariz rotuliana (N: 84,5%).

7. La nariz rotuliana (N) en la IRO es corta (<9 mm) y en el 46% de los casos el índice morfológico (LR/AH) es <1,2 (tipo 3) frente al 14% en el grupo control.
8. La nariz rotuliana (N) en la IRO es un 20% de su longitud total; y es un 10% menor que en el grupo control. La proporción de la nariz (N/LR<25%) presenta *per sé* una potente asociación con la IRO (odds ratio: 4,7); incluso superior a los índices de altura rotuliana.
9. Las diferencias en los resultados encontradas entre el grupo IRO y el grupo control se mantienen cuando se analizan por separado la subpoblación femenina y masculina.
10. Analizando comparativamente la medida media de cada parámetro, se observa que en el grupo IRO: a) la tróclea es 3 mm menos profunda en la cima y 2,2 mm en el arco románico; b) la pendiente de la carilla externa de la tróclea es 7° más horizontal; c) la rótula es más alta; d) el cartílago articular rotuliano está 5 mm más arriba respecto de la interlínea articular; e) el tendón rotuliano es 8 mm más largo; f) la nariz es 4 mm más corta; y g) la rótula está 12° más basculada externamente.
11. Teniendo en cuenta los valores de corte obtenidos, el paciente con IRO es muy probable que pueda presentar alguno de estos parámetros alterados. La tróclea femoral puede ser de <5 mm de profundidad (p=0,0001) y la inclinación de la carilla externa de la tróclea <12° (p=0,0001). La altura de la rótula medida con Caton-Deschamps puede ser >1,1 (p=0,0001), medida con Insall-Salvati >1,2 (p=0,0001) y el índice morfológico <1,2 (p=0,0010). La nariz rotuliana puede ser <9 mm (p=0,0001) y la longitud del tendón rotuliano >50 mm (p=0,0001). Por último, la báscula rotuliana probablemente sea >11° (p=0,0001).