

# Persistencia de arteria hialoidea: a propósito de un caso

## *Persistent hyaloid artery: report of a case*

BAETA BAYÓN L<sup>1</sup>, CARRERAS DÍAZ H<sup>1</sup>, CABRERA MARRERO B<sup>1</sup>,  
CARDONA GUERRA P<sup>2</sup>

### RESUMEN

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 47 años de edad, en la que observamos como hallazgo casual una arteria hialoidea persistente.

**Discusión:** La persistencia de arteria hialoidea es una anomalía poco frecuente en el ojo humano debido a una involución incompleta de la primitiva vascularización ocular.

**Palabras clave:** Persistencia de arteria hialoidea, vascularización fetal ocular.

### SUMMARY

**Case report:** We present a clinical case of a 47 year old woman who had an accidental persistent hyaloid artery.

**Discussion:** Persistent of the central hyaloid artery is a uncommon abnormality in the human eye. This is caused by an incorrect involution of primitive vascular system.

**Key word:** Hyaloid artery persistent, primitive vascular system.

---

Servicio de Oftalmología. Hospital Insular. Las Palmas de Gran Canaria.

<sup>1</sup> Licenciado en Medicina.

<sup>2</sup> Doctor en Medicina.

Correspondencia:  
Lidia Baeta Bayón  
Hospital Insular  
Servicio de Oftalmología  
Avenida Marítima del Sur, s/n  
Las Palmas de Gran Canaria  
España

## INTRODUCCIÓN

La arteria hialoidea es una presentación incompleta de la persistencia de la vasculatura fetal (1), siendo en la mayor parte de los casos unilateral. Aparece en el 95% de recién nacidos prematuros, aunque es raro en la población adulta (2).

## CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de una mujer de 47 años de edad que acudió a nuestro servicio refiriendo dolor ocular y sensación de cuerpo extraño en ojo derecho (OD). La

paciente presentaba una agudeza visual (AV) de 0,8 en ojo derecho y 1,0 en ojo izquierdo. En la exploración clínica apreciamos una córnea con precipitados endoteliales finos en el tercio inferior, un tyndall de dos cruces, así como depósitos pigmentarios en cristaloides anterior. La PIO fue de 16 mmHg para ambos ojos. Al observar el fondo de ojo derecho se identificó una arteria hialoidea persistente (AHP) que se extendía desde la papila a cápsula posterior de cristalino (figs. 1, 2 y 3), no encontrándose otro tipo de anomalía. El ojo izquierdo no presentaba alteraciones.

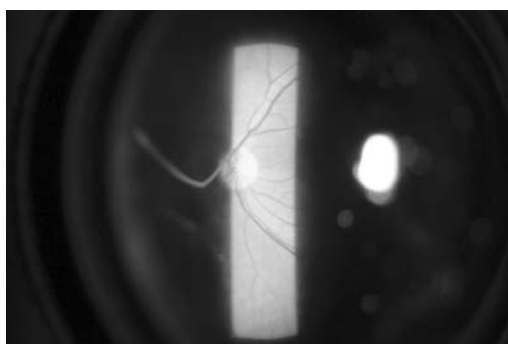
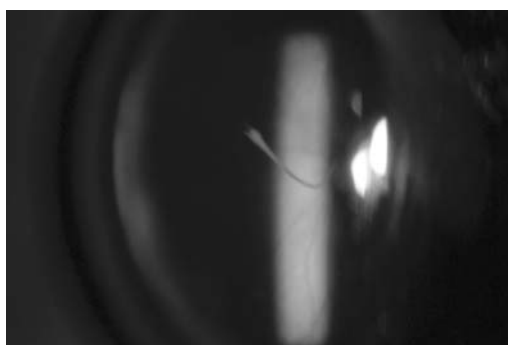
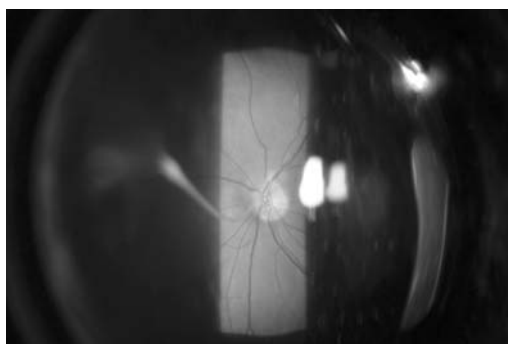
La paciente fue diagnosticada de uveítis anterior idiopática, además del hallazgo casual de arteria hialoidea persistente. El cuadro inflamatorio se trató con corticoterapia tópica, presentando una resolución en cuatro semanas. Nuestra actitud de cara a la AHP fue meramente observatorio.

## DISCUSIÓN

La regresión del sistema vascular fetal generalmente se ha completado en el nacimiento (3,4). La persistencia de la arteria hialoidea es una anomalía infrecuente en el ojo humano. En las formas más severas encontramos persistencia del vítreo primario, microftalmia, catarata y desprendimiento de retina traccional. Las formas más leves se caracterizan por una buena AV y son más comunes, en estos casos es más usual encontrar persistencia de una parte de la arteria hialoidea, así definimos la papila de Bergmeister o el punto de Mittendorf si observamos un remanente en disco óptico o cápsula posterior del cristalino respectivamente (3,4). Menos común es apreciar una arteria hialoidea completa, desde papila a la región posterior del cristalino, como correspondía a nuestra paciente.

La persistencia de flujo en dicha arteria es rara, nuestro caso no la presentaba.

Las complicaciones de una AHP incluyen ambliopía, estrabismo, nistagmo, catarata, y con menos frecuencia hemorragia vítrea (5,6). Nuestra paciente no tenía ningún tipo de complicación asociada, siendo la agudeza visual tras la resolución del cuadro inflamatorio de 1,0 en ojo derecho.



*Figs. 1, 2 y 3:  
Arteria hialoidea  
persistente (AHP)  
que se extiende  
desde la papila a  
cápsula posterior  
de cristalino.*

La AFG en la AHP ha sido publicada en muy pocas ocasiones, pudiendo mostrar hiperfluorescencia por exudación de moderada a masiva, estando ausente en nuestro caso (3).

La PAH no requiere tratamiento, salvo si existe alguna complicación de las anteriormente señaladas (5).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fonseca Sandomingo A, Abelairas Gómez J et al. Actualización en cirugía oftálmica pediátrica. LXXVI Ponencia Oficial de la SEO 2000.
2. Kanski J, Nischal Ken. Atlas de Oftalmología, signos clínicos y diagnóstico diferencial. Ed. Harcourt Brace.1999.
3. A.Goncalves, J.R.M. Cruysberg, R.W. Draajjer, P.W. Sellar, A.L. Aandekerrk, A.F. Deutman. Vitreus haemorrhage and other ocular complications of a persistent hyaloid artery. Doc Ophthalmol. 1996-97; 92(1): 55-59.
4. Duane's Ophthalmology on CD-ROM 2004.
5. Thumann G, Bartz-Schmidt KU, Kirchof B, Heimann K. Branch retinal artery occlusion by diathermy of a persistent hyaloid artery. Am J Ophthalmol. 1997 Sep; 124(3): 451-456.
6. Eng-Yiat Yap MD, Helmut Buettner MD. Traumatic rupture of a persistent hyaloid artery. Am J Ophthalmol. 1992; 114: 225-227.