

## Edema escrotal como complicación de la diálisis peritoneal.

***Fonseca, Carolina<sup>1</sup>; Rivero, Karen<sup>1</sup>; Falconi Sarmiento, Angelo Roberto<sup>1</sup>; Villanueva Sánchez, Elena<sup>1</sup>; Rodríguez Tudero, Celia<sup>1</sup>; Quispe, Daniel Ruddy<sup>1</sup>; Correa Marcano, Luis Armando<sup>1</sup>; Sánchez Montero, Silvia<sup>1</sup>; Martín Arribas, Alberto<sup>1</sup>; Fraile Gómez, Pilar<sup>1</sup>;***

***(1) COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA***

### **Palabras clave / Términos relevantes:**

Fuga peritoneal, diálisis peritoneal, edema escrotal

## **1. RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** La infusión de líquido de diálisis peritoneal(DP) aumenta la presión intraabdominal y puede causar fugas pleurales, inguinales o pericatóter. La técnica de implantación del catéter peritoneal(CP), obesidad, cirugías abdominales previas o defectos de pared abdominal son factores de riesgo. En DP existe 10-27% de incidencia de hernias. Exponemos un caso de edema escrotal secundario a fuga de líquido de DP.

**RESULTADOS:** Varón, 77 años, enfermedad renal crónica(ERC) secundaria a glomerulonefritis focal y segmentaria en progresión hasta 2023 cuando inició DP. En octubre de 2023 se implantó CP recto por mini laparotomía sin incidencias. A finales de mes inició entrenamiento, infundiéndose bajos volúmenes de líquido de diálisis (500ml). Un mes después, demostrando buena tolerancia, diuresis residual 2L/día sin clínica urémica, inició DP incremental, 1 intercambio diario (1500 ml) con icodextrina. 48 horas después de iniciar diálisis, refería edema escrotal doloroso. Indicamos drenaje del líquido peritoneal (LP) y acudir a urgencias. A su llegada contaba mejoría, por cese de dolor al drenar el LP. Presentaba edema escrotal derecho y protrusión de posible hernia a nivel del conducto inguinal con maniobra de Valsalva. Negaba antecedentes de hernia inguinal. Ante sospecha de fuga de LP hacia escroto secundario a hernia inguinal o persistencia del conducto peritoneovaginal se suspendió la DP y se solicitó gammagrafía peritoneal para descartar existencia de defectos de pared abdominal. El estudio gammagráfico confirmó el diagnóstico, observándose el paso del trazador(Tc-99) hacia canal inguinal y escroto. Se trató con hernioplastia inguinal con malla y descanso peritoneal durante 4 semanas.

**CONCLUSIÓN:** Las fugas de LP tienen 3-30% de incidencia, principalmente en las primeras semanas post colocación del CP. La fuga hacia genitales tiene mayor riesgo si existe antecedentes de hernia inguinal. Realizar una exploración física minuciosa con maniobra de Valsalva es fundamental para valorar existencia de hernias y nunca olvidar la utilidad diagnóstica de la gammagrafía peritoneal.