



## **Informe quirúrgico de Valentino y su mítico síndrome**

## **Surgical report of Valentino and his mythical syndrome**

10.20960/rhh.00550

03/05/2024

## **Informe quirúrgico de Valentino y su mítico síndrome** ***Surgical report of Valentino and his mythical syndrome***

Manuel Antonio Grez Ibáñez<sup>1</sup>, Mario Salazar Núñez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía. Hospital San Juan de Dios de Curicó. Curicó (Chile).

<sup>2</sup>Facultad de Medicina. Universidad de Talca. Talca (Chile)

Autor para correspondencia: Manuel Antonio Grez Ibáñez. Servicio de Cirugía. Hospital San Juan de Dios de Curicó. C/ Chacabuco, 121. Curicó (Chile)

Correo electrónico: [magrezster@gmail.com](mailto:magrezster@gmail.com)

Recibido: 14-04-2024

Aceptado: 27-04-2024

**Conflicto de intereses:** los autores declaran no tener conflicto de intereses.

**Inteligencia artificial:** los autores declaran no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

### **RESUMEN**

**Introducción:** El síndrome de Valentino es una epigastralgia irradiada a la fosa ilíaca derecha tras una peritonitis química producida por una perforación de una úlcera péptica a la cavidad peritoneal, simulando una apendicitis aguda. Este síndrome y el epónimo *apéndice de* llevan el nombre del actor Valentino, fallecido ocho días después de una laparotomía de urgencia.

**Método:** Revisión de la literatura de las bases de datos PubMed, LILACS y Cochrane Library. Búsqueda complementaria mediante Google (Google Scholar) en bibliotecas universitarias. Como palabras claves se han usado: «síndrome de Valentino», «apéndice de Valentino» y «úlcera péptica perforada». Se ha realizado un análisis crítico de los artículos, de los libros

y de las monografías publicadas, así como de los manuscritos obtenidos de cualquier país, por cualquier institución o investigador y en cualquier idioma, sin límite temporal; se han almacenado en formato PDF.

**Conclusiones:** En la literatura se reporta el síndrome típico y otros causados por perforaciones duodenales al retroperitoneo y hasta por pancreatitis agudas. En su tiempo supuso un error médico, al haberse realizado una apendicectomía con pieza normal. Localizamos un documento histórico, nunca referido en la literatura médica: el testimonio de su cirujano original, que contradice lo que se ha reportado sobre este síndrome, lo que lo convierte actualmente en un mito.

**Palabras claves:** Síndrome de Valentino, apéndice de Valentino, úlcera péptica perforada.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Valentino's syndrome is an epigastralgia, radiating to the right iliac fossa after a chemical peritonitis produced by a perforation of a peptic ulcer into the peritoneal cavity, simulating acute appendicitis. This syndrome and eponymous "appendix of", bear the name of the actor Valentino, who died eight days after an emergency laparotomy.

**Method:** Literature review of the PubMed, LILACS, Cochrane Library databases, and Google Scholar. Keywords searched: "Valentino syndrome", "Valentino appendix" and "perforated peptic ulcer". A critical analysis of the published articles, books and monographs has been carried out. Manuscripts obtained from any country, by any institution or researcher and in any language, with no time limit, have been stored in pdf format.

**Conclusions:** The typical syndrome is reported in the literature, as well as others caused by duodenal perforations to the retroperitoneum and even by acute pancreatitis. In its time it was a medical error as an appendectomy was performed with a normal piece. We located a historical document, never before referred to in the medical literature, the

testimony of its original surgeon that contradicts what has been reported about this syndrome, currently turning it into a myth.

**Keywords:** Valentine's syndrome, Valentino appendix, perforated peptic ulcer.

## INTRODUCCIÓN

Rodolfo Valentino, actor reconocido internacionalmente en los años veinte del siglo pasado como el *latin lover* por excelencia, nació el año 1895 en Italia. En su juventud viajó hasta los antiguos estudios de Hollywood en California, donde protagonizó icónicas películas del cine mudo (fig. 1). El 16 de agosto de 1926, a los 31 años, sufrió una fulminante pérdida de consciencia en el hotel Ambassador de Park Avenue, en Manhattan, Nueva York, desde donde fue trasladado al servicio de urgencia del Hospital Policlínico y operado de forma urgente. Falleció 8 días después. Su muerte fue llorada alrededor del mundo por miles de mujeres y acaparó numerosas portadas de periódicos de la época (fig. 2). Así acabaría la vida del gran actor del cine mudo, cuya muerte daría nombre a una entidad clínica.





**Figura 1.** Cuatro fotos coloreadas de Rodolfo Valentino, dos de ellas caracterizado como personaje en una película.



**Figura 2.** Foto de portada de dos periódicos norteamericanos del 24 de agosto de 1926 en las que se anuncia la muerte del famoso actor.

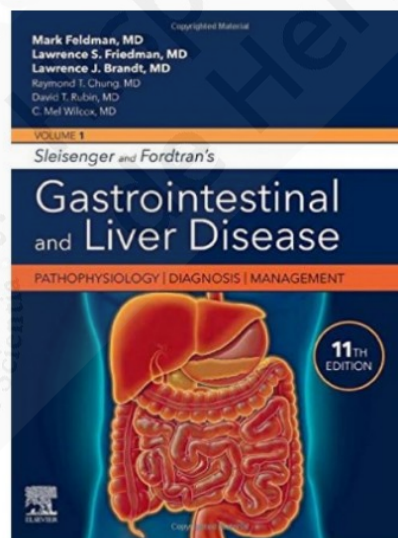
## **MÉTODO**

Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura a través de las bases de datos MEDLINE (PubMed), LILACS (incluyendo SciELO), Cochrane Library y Google Scholar utilizando como palabras claves «síndrome de Valentino», «apéndice de Valentino» y «úlceras pépticas perforadas». Se realizó un análisis crítico de los artículos, tesis, libros y monografías publicadas. Se estudiaron los manuscritos obtenidos de cualquier país, por cualquier institución o investigador y en cualquier idioma, sin límite temporal. Los textos originales cuando, ha sido posible, se han adquirido personalmente en anticuarios y otros se nos han remitido. Todos han sido almacenados en formato PDF para preservar su originalidad.

## **El síndrome de Valentino**

Se define en la literatura médica como un «dolor localizado en el epigastrio, que rápidamente se difunde por todo el abdomen, especialmente en el lado derecho, en donde la peritonitis química, producto de una úlcera péptica perforada, desciende por la gotera parietocólica derecha, donde puede imitar una apendicitis»<sup>1</sup> (fig. 3). Esta definición del año 1987, hace treinta y cinco años, es la referencia más antigua que hemos encontrado. Posteriormente, diferentes autores pasarían a reportar casos clínicos con este síndrome «típico» en que los pacientes, por su clínica, hacían plantear la sospecha diagnóstica de una apendicitis aguda y en la cirugía de urgencias se encontraba un apéndice vermiforme sin infección, pero sí con peritonitis química por una úlcera gástrica o duodenal perforada a la cavidad abdominal. En 2005, Hsu y cols., del Hospital Universitario nacional de Taiwán, reportaron el caso de una mujer con un embarazo de cinco meses<sup>2</sup> y en 2012 Wijegoonewardene y cols., el de una mujer de treinta años que fue sometida a una apendicectomía laparoscópica. Comentan que a Valentino

se le diagnosticó una apendicitis aguda que en la apendicectomía no se confirmó, que falleció de peritonitis y fallo multiorgánico y que en su autopsia se habría encontrado una úlcera péptica perforada, afirmación que sería usada como referencia posteriormente<sup>3</sup>. En 2016 los cirujanos infantiles norteamericanos Husain y cols. informaron del caso de un niño de siete años<sup>4</sup>. Ese mismo año, Ramírez y cols. publicaron otro en caso en un hombre de 29 años y comentaron también lo afirmado por Wijegoonewardene<sup>5</sup>. En 2017, Amann y cols., del Hospital Naval de San Diego (California), reportaron el caso de una joven de 18 años que consultó en su servicio de urgencia con una clínica de apendicitis<sup>6</sup>. González y cols., de México, otros dos casos en 2017: el primero, de un hombre de 26 años, y el segundo, de un varón de 72 años<sup>7</sup>; al año siguiente, en 2018, se publicaron tres nuevos casos. Zuluaga y cols., de Colombia, en una mujer de treinta y ocho años, concluye que «a este síndrome, dada su génesis y su consecuente infradiagnóstico y manejo, se le debe otorgar singular importancia y mantenerlo como diagnóstico diferencial, no solo por lo desafiante, sino por la considerable mortalidad que conlleva»<sup>8</sup>.



**PERFORATED DUODENAL ULCER.** Perforation due to duodenal ulcer usually occurs in the anterior portion of the first part of the duodenum. The pain is sudden, sharp, and severe. At first, it is located in the epigastrium, but it quickly spreads over the entire abdomen, especially along the right side, as the chemical peritonitis descends down the right pericolic gutter, where it can mimic appendicitis (Valentino's syndrome). Nausea is common. The patient typically lies

**Figura 3.** Portada del libro publicado en 2002 (hace 23 años) y párrafo extraído de la página 78, capítulo 4, en la que se describe el síndrome de Valentino y que carece de referencias al final de capítulo (disponible en la web).

Akis Yildiz y cols., del Hospital de Estambul (Turquía), reportaron el caso de un niño de 17 años<sup>9</sup>. Este mismo año, Mohan y cols. publicaron otro caso de un joven de la misma edad e igual síndrome<sup>10</sup>. En 2019, Brandon y cols., del Hospital Universitario de Texas (EE. UU.), uno en una mujer de veinticuatro años; comentaron en la discusión lo ya mencionado antes en la literatura<sup>11</sup>. Los reportes de Cherry y los de los dos autores antes mencionados pasan a utilizarse como referencias para fundamentar el hecho de que a Valentino se le diagnosticó (equivocadamente) una apendicitis aguda con una apendicectomía que no se confirmó, que falleció de peritonitis y fallo multiorgánico sin que se le diera un tratamiento médico quirúrgico adecuado y que su autopsia revelaría una úlcera gástrica perforada, no diagnosticada previamente, como un diagnóstico *postmortem*. En 2021, López y cols. reportarían el caso ocurrido de un anciano<sup>12</sup>.

### **Reportes con nuevas variantes anatómicas del mismo síndrome**

También debería considerarse, dentro de este síndrome, la clínica junto a los hallazgos de imagen y quirúrgicos debido a la acumulación de gas y fluidos intestinales en el retroperitoneo derecho por úlceras duodenales posteriores perforadas. En 2006 Wang y cols. reportaron el nuevo signo radiológico patognomónico del velamiento del riñón derecho con neumoretroperitoneo producido por esta etiología<sup>13</sup>. En 2014, Mahajan, un radiólogo de Doha (Qatar), describió este síndrome como «una perforación retroperitoneal de una úlcera duodenal que causa dolor en el cuadrante inferior derecho simulando una apendicitis». Reportó el caso clínico de un joven de 21 años<sup>14</sup>. En el año 2020, Noussios, junto a un



equipo de cinco cirujanos americanos, reportaron un caso clínico en un adulto de 51 con historia de úlcera duodenal de diez años de evolución<sup>15</sup>. En 2022, Rodrigo y cols., de Sri Lanka, reportaron el caso de una mujer de 36 años en la que en una relaparotomía confirmó una úlcera duodenal posterior<sup>16</sup>. En Madrás (La India), Gowtham y cols. reportaron el caso de un joven de 22 años que consultó con clínica de apendicitis aguda y las imágenes de la tomografía axial computarizada (TAC) mostraron neumoretroperitoneo perirrenal derecho (signo «del velamiento del riñón derecho», descrito por Wang<sup>13</sup>), lo que permitió un diagnóstico precoz, que fue confirmado en una laparotomía que reveló una perforación de la segunda porción duodenal al retroperitoneo<sup>17</sup>. Hace pocos meses, Reddy y cols., también de La India, reportaron el caso de una mujer de 50 años con imágenes preoperatorias a la que se le realizó una laparotomía exploradora y extensa maniobra de Kocher por una úlcera duodenal perforada<sup>18</sup>.

Machaku y cols., aprovechando el caso clínico de un joven de 23 años con clínica de apendicitis aguda, con TAC abdominal con neumoperitoneo y ecografía sugerente de apendicitis aguda, después de una laparotomía evidenciaron un litro de líquido turbio peritoneal, adherencias múltiples, con apéndice inflamado y una perforación antropilórica anterior y propusieron usar en este síndrome una nueva clasificación según los hallazgos del TAC preoperatorio en dos presentaciones: una con neumoperitoneo por la perforación del estómago o primera porción duodenal y una segunda con neumoretroperitoneo por perforación duodenal al retroperitoneo con velamiento del riñón derecho<sup>19</sup>. En una reciente publicación del año pasado, Arumugam Jr. y cols. comunican el caso clínico de un hombre de 21 años con una nueva etiología para este síndrome, como sería la pancreatitis aguda con colección retroperitoneal confirmada por TAC<sup>20</sup>.

### **Revisión bibliográfica y actual definición**

El año pasado, nuevamente Mahajan, junto a otros coautores, publicaron un reporte titulado «Un cuento con moraleja: revelando el síndrome de

Valentino». Realizaron una revisión de la literatura publicada en la web y un análisis retrospectivo de los pacientes reportados con este síndrome, su relación con diagnósticos de imagen preoperatoria (TAC), resultados y morbimortalidad. Concluyen que contar precozmente con estas imágenes diagnósticas ayudaría en una reparación inmediata de la perforación gastrointestinal, lo que disminuye significativamente su morbimortalidad<sup>21</sup>. El cirujano cubano, escritor, docente universitario y divulgador científico Dr. Félix Fojo resume lo que se entiende en la actualidad por este síndrome a partir de un caso clínico: «Es un cuadro que se conforma por la perforación de una úlcera gástrica o duodenal en que la fuga de fluidos gastroduodenales, en lugar de ir solo al espacio intraperitoneal, como es habitual, corre por el espacio retroperitoneal (gotera parietocólica) hasta el cuadrante abdominal inferior derecho, lo que simula una apendicitis aguda». A continuación se pregunta: «¿Por qué denominamos a este cuadro *síndrome de Valentino*? Es un epónimo médico que nos recuerda un fracaso médico famoso, muy comentado y lamentado en su tiempo. El 23 de agosto de 1926, murió en un hospital de Nueva York Rodolfo Valentino. Ocho días antes se le había diagnosticado una apendicitis aguda y había sido intervenido quirúrgicamente, encontrándose un apéndice normal. En la necropsia se descubrió una úlcera gástrica perforada»<sup>22</sup>.

### **Testimonio del cirujano de Valentino, Dr. Harold Meeker.**

El Doctor Meeker, cirujano durante cuatro décadas del Hospital Policlínico de Nueva York, cuando tenía 58 años (falleció once años después, a los 69 años) (fig. 4), refiere en una carta dactilográfica (fig. 5) redactada una semana después del fallecimiento de Valentino que atendió al actor como cirujano de guardia, describiendo en detalle el diagnóstico, la cirugía y el tratamiento que recibió, que luego se publicó en el periódico *The New York Times* (fig. 6). En ella, describe que el actor ingresó el 22 de agosto de 1926 a las 17:15 con gran dolor abdominal, muy taquicárdico y febril, con un abdomen en tabla. Se planteó el diagnóstico de peritonitis aguda por úlcera péptica perforada y se propuso de inmediato una laparotomía

de urgencia. Se accedió a la cavidad abdominal a través de una laparotomía paramediana derecha supra- e infraumbilical y se encontró en el espacio peritoneal abundante cantidad de líquido libre, con partículas alimentarias y con la serosa visceral cubierta por una gruesa capa de fibrina. En la región prepilórica se visualizó un orificio redondo de 1 cm de diámetro con bordes necróticos de medio centímetro, en la cara anterior, a 3 cm del píloro y a 2 cm de la curvatura menor, a través del cual fluía líquido con contenido gástrico. El apéndice cecal se encontraba muy inflamado debido a la irritación química, rotado sobre sí mismo, con exudado fibrinoso en su ápex y una gruesa brida en su tercio medio que comprimía el íleon terminal, lo que causaba una obstrucción a proximal. Después de su laparotomía, se procedió antes que nada a realizar un prolijo aseo peritoneal con aspiración de fluidos para, posteriormente, realizar una resección de los bordes necróticos y una rafia de la úlcera, agregando una doble omentectomía, trozo del omento menor y del mayor, dejando un drenaje tubular en la zona prepilórica que se fijó a la zona con un punto de cátgut (fig. 5). Como causaba una obstrucción intestinal con sus bridas, se debió realizar una apendicectomía de necesidad, dejando un segundo drenaje en la fosa ilíaca derecha. El paciente antes, durante e inmediatamente después de la operación permaneció en *shock* intenso, con una taquicardia de 140 por minuto. Presentó una estabilización progresiva hasta el quinto día, normalizando el pulso y la temperatura y presentando una ausencia de débito por los drenajes al tercer día. Al sexto día comenzó con dolor punzante en el costado izquierdo, fiebre y escalofríos y una neumonía. Al día siguiente aparecieron soplos cardíacos por endocarditis. Falleció la noche del octavo día «sobrepasado por la sepsis».

## ***DR. H.D. MEEKER, SURGEON, 69, DIES; Physician Here for 40 Years-- Operated on Valentino, Film Star-- Hospital Consultant***

Dr. Harold Denman Meeker, who had been a practitioner of surgery in this city for forty years until his retirement because of illness last spring, died Saturday at his home, 33 East Seventieth Street. He was 69 years old. [VIEW FULL ARTICLE IN TIMESMACHINE »](#)

**Figura 4.** Noticia del periódico *The New York Times* del 28 de mayo de 1945 que comunica el fallecimiento del Dr Meeker a su 69 años (disponible en la web).

COPY OF LETTER RECEIVED FROM DR. HAROLD DENMAN MEEKER  
47 EAST 57th ST.

Mr. S. George Ullman,  
Hotel Ambassador,  
New York.

Dear Mr. Ullman:

I examined Rudolph Valentino for the first time at 5:15 P.M. August 22nd, 1926 at the Polyclinic Hospital. He was suffering great pain, had a moderate rise of temperature, a very rapid pulse, a board like rigidity of the entire abdominal wall and presented the picture of a rapidly spreading vicious peritonitis. A diagnosis of probable perforated gastric ulcer was made although other possibilities could not be excluded at this advanced stage. I urged immediate operation as his only chance for life.

Operation Findings:

The abdominal cavity contained a large amount of fluid and food particles. All the viscera were coated with a greenish gray film. A round hole 1 cm. in diameter was seen in the anterior wall of the stomach, 5 cm. from the pylorus and 2 cm. below the lesser curvature. There was no walling off by natural processes and fluid was still coming through the opening. The tissue of the stomach for 1 1/2 cm. immediately surrounding the perforation was necrotic. The appendix was acutely inflamed from a secondary infection, turned on itself and so fixed by a plastic exudate at its tip and by an old band at its mid point as to constrict the terminal ileum.

Operation:

Median vertical incision over right rectus. All possible fluid and foreign particles removed by suction apparatus. Necrotic tissue around mar of ulcer excised, the edges of the opening were approximated by mattress sutures through all coats except the mucosa. A portion of the lesser omentum was stitched with fine linen over this suture line. This was in turn reinforced by a portion of greater omentum over the opening. A rubber drainage tube was stitched in place with fine gut. The appendix was removed because it was constricting the gut otherwise it would not have been touched at this time.

**Figura 5.** Primera hoja de la carta mecanografiada realizada por el Dr. Harold Denman Meeker, enviada al albacea George Ullman, fechada el 28 de agosto de 1926, que formó parte del lote n.º 124, como parte de un archivo de cartas y fotografías relacionadas con la muerte de Rodolfo Valentino, que salió a remate en junio de 2018 (disponible en la web).

*SURGEON EXPLAINS  
VALENTINO'S DEATH; Dr. Meeker  
Describes in Detail the Diagnosis,  
Operation and Treatment of Actor.  
OVERWHELMED BY SEPSIS" Letter  
to Ullman Is Made Public by Dr.  
Wyman to "Aid Any Possible  
Investigation."*

**Figura 6.** Titular del periódico *The New York Times* del 6 de septiembre de 1926, 13 días después de anunciada su muerte, en el que se publica la carta escrita por su cirujano tratante (disponible en la web).

## **DISCUSIÓN**

El informe escrito por el Dr. Meeker, su cirujano, es el principal y único documento histórico médico-quirúrgico que detalla lo realmente le ocurrió a Valentino. Se informa de que el actor ingresó en el hospital con un intenso dolor abdominal difuso y un abdomen en tabla causado por una peritonitis química difusa, que nada tiene que ver con el típico síndrome que suele describirse (una epigastralgia que se irradia a FID, lo que hace sospechar de una apendicitis aguda). Se desconoce a su vez quién y en qué circunstancias pudo ser reportado. El diagnóstico planteado por su cirujano fue siempre desde el comienzo una peritonitis por úlcera perforada (y no por la sospecha de una apendicitis aguda) y cuya etiología resultaría ser otra patología, tal y como hoy se reporta. La cirugía practicada fue una amplia laparotomía exploradora (y no tan solo una apendicectomía). En esta laparotomía se confirmó el diagnóstico preoperatorio de una úlcera gástrica perforada con peritonitis química y líquido libre abdominal, en el que la conducta quirúrgica fue la adecuada, ya que se realizó la resección de los bordes necróticos de la úlcera, su rafia y doble omentectomía más colocación de drenajes (técnica de la época). La apendicectomía, que efectivamente se realizó, fue por motivos de necesidad en esta misma laparotomía: obedeció a que sus bridas

inflamatorias comprimían el íleon terminal, lo que producía una obstrucción intestinal. La presencia de abundante contenido fibroso y bridas en la serosa y una necrosis en los bordes de la úlcera sugieren que la rotura de la úlcera y su peritonitis llevaban varias horas de evolución. A pesar de su gravedad, el paciente evolucionó bien de su cirugía, logró estabilizarse y recuperarse al tercer día, ya que la fiebre, la taquicardia y el débito de drenajes cedieron, pero lamentablemente en esa época aún no se había descubierto el uso de la antibioticoterapia, por lo que la causa final de su fallecimiento se debió a un fallo multiorgánico por sepsis.

Nunca, como hallazgo en esta laparotomía, se describió la presencia de una úlcera duodenal posterior perforada al retroperitoneo, la que sí se reportaría después como otra variante y una nueva clasificación de este síndrome, con lo que, además, se agregaría la presencia de «una gotera parietocólica derecha retroperitoneal», algo anatómicamente inexistente, y mucho menos, como etiología causante de este síndrome, la presencia de una pancreatitis aguda.

Gracias a este valioso testimonio del Dr. Meeker, nunca antes reportado ni conocido en la literatura médica, a pesar de su disponibilidad en la web para su estudio y análisis, existe evidencia de lo que realmente le ocurrió a Valentino en su última enfermedad y cirugía de urgencia, la que ciertamente no guarda relación con lo que en la actualidad se reporta, lo que le convierte así en un verdadero mito, además de en «una historia formidablemente engañosa»<sup>18</sup> y en «un cuento con moraleja»<sup>21</sup>, ya que la verdadera moraleja que nos deja es que antes de hacer una afirmación en una publicación deberían buscarse los documentos y averiguar la veracidad de las referencias que los avalen.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Glasgow RE, Mulvihill SJ. Abdominal Pain including the Acute Abdomen. In: Ed Feldman MF, Friedman LS, Sleisenger MH, Saunders WB. Gastrointest Liver Dis. 7th Ed. Philadelphia; 2002. p. 71-83.

2. Hsu C-C, Liu Y-P, Lien W-C, Lai I-I, Wang H. A pregnant woman presenting to the ED with Valentino's syndrome. *Am J Emerg Med.* 2005;23:217-8. DOI: 10.1016/j.ajem.2004.04.037
3. Wijegoonewardene SI, Stein J, Cooke D, Tien A. Valentino's syndrome a perforated peptic ulcer mimicking acute appendicitis. *BMJ Case Rep.* 2012;3-5. DOI: 10.1136/bcr.03.2012.6015
4. Hussain K, Munir A, Wahla MS, Masood J. Valentino's Syndrome: Perforated Peptic Ulcer Mimicking Acute Appendicitis Managed Through Rutherford Morrison Incision. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2016;26(8):727-8.
5. Ramírez-Ramírez MM, Villanueva-Sáenz E. Síndrome de Valentino. Úlcera péptica perforada con presentación clínica inusual. *Rev Gastroenterol Mex.* 2016;81(4):225-6. DOI: 10.1016/j.rgmx.2016.02.008
6. Amann C, Austin A, Rudinsky S. Valentino's Syndrome: A Life-Threatening Mimic of Acute Appendicitis. *Clin Pract Cases Emerg Med.* 2017;1(1):44-6. DOI: 10.5811/cpcem.2016.11.32571
7. González Chávez AM, García Vázquez AA, Gómez López JM, Leyva Pavón N, Lemus Gómez JL, Álvarez Hernández DA, et al. Valentino's syndrome: the simulation of an appendicitis Case Report. *Int Surg J.* 2017;4(5):1813-7. DOI: 10.18203/2349-2902.isj20171647
8. Zuluaga-Arbeláez N, Uribe-Castaño S, Machado-Rivera FA. Síndrome de Valentino: úlcera péptica perforada simulando apendicitis aguda. *Ces Med.* 2018;32(1):74-8.
9. Akış Yildiz Z, Nihan Ayyıldız H. Valentino's Syndrome in a Child: Perforated Peptic Ulcer Mimicking Acute Appendicitis: Case Report. *Turkish J Pediatr Dis/Türkiye Çocuk Hast Derg.* 2018;4:287-8.
10. Mohan CP, Kabalimurthy J, Balamurugan E, Jayavarmaa R. A rare case of Valentino's syndrome Case Report. *Int Surg J.* 2018;5(8):2933-5. DOI: 10.18203/2349-2902.isj20183219
11. Cherry BH, Patel D, Ronaghan JE. A Case of Valentino's Syndrome Presenting as Possible Appendicitis *Int Surg.* 2019;104(11-12):540-1. DOI: 10.9738/INTSURG-D-17-00136.1

12. López F, Orbea V, Cadenas G, Villagrain S, Pozo D. A propósito de un caso: Síndrome de Valentino. *Revista UNIANDES de Ciencias de la Salud* 2021;4(1):655-62.
13. Wang H-P, Su W-C. Veiled Right Kidney Sign in a Patient with Valentino's Syndrome. *N Engl J Med*. 2006;354(10):e9.
14. Mahajan P, Abdalla M, Purayil N. First report of preoperative imaging diagnosis of a surgically confirmed case of valentino's syndrome. *J Clin Imaging Sci*. 2014;4(1):1-5.
15. Noussios G, Galanis N, Konstantinidis S, Mirelis C, Chatzis I, Katsourakis A. Valentino's syndrome (With retroperitoneal ulcer perforation): A rare clinical-anatomical entity. *Am J Case Rep*. 2020;21:1-4.
16. Rodrigo V, de Silva G, Jayasinghe D, Thalagaspitiya S, Srishankar S, Wickramarathne D, et al. Valentino's syndrome: A rare and lethal differential diagnosis for acute appendicitis. *SAGE Open Med Case Rep*. 2023(2):rjad035.
17. Gowtham B, Devi P. Kannan Retroperitoneal duodenal ulcer mimicking appendicitis associated with Valentino's syndrome. *Indian J of Research*. 2022;11(3):55-8.
18. Reddy Komatreddy G, Reddy Gangam Venkat P, Sai Teja K, Punyapu S. Valentino's syndrome: a formidably deceptive tale of peptic ulcer: Case Report. *Int Surg J*. 2023;10(2):325-8.
19. Machaku D, Suleman M, Mduma E, Nkoronko M. Valentino's syndrome: a bizarre clinical presentation. *J Surg Case Rep*. 2023;2023(2):rjad035.
20. Arumugam B Jr, Giridharan B, Prabhakar R, Shanmugasundaram PN. Syndrome Valentino From a De Novo Aetiology-Acute Pancreatitis. *Cureus*. 2022;14(1):e21360.
21. Mahajan PS, Abdulmajeed H, Aljafari A, Kollari JJ, Dawdi SA, Mohammed H. A Cautionary Tale: Unveiling Valentino's Syndrome. *Cureus*. 2022;14(2):2-10.



22. Fojo FJ. Síndrome de Valentino. Galenus 2015;91(1).  
Disponible en: <https://www.galenusrevista.com/?Sindrome-de-Valentino>



Revista  
Hispanoamericana  
de Hernia