



CES Medicina
ISSN: 0120-8705
ISSN: 2215-9177
Universidad CES

Zuluaga-Arbeláez, Nicolás; Uribe-Castaño, Simón; Machado-Rivera, Faber Albeiro
Síndrome de Valentino: úlcera péptica perforada simulando apendicitis aguda
CES Medicina, vol. 32, núm. 1, 2018, Enero-Abril, pp. 74-78
Universidad CES

DOI: <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.32.1.9>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=261157133010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Reporte de caso

Síndrome de Valentino: úlcera péptica perforada simulando apendicitis aguda

Valentino's syndrome: perforated peptic ulcer mimicking acute appendicitis

Nicolás Zuluaga-Arbeláez^{1✉}, Simón Uribe-Castaño¹, Faber Albeiro Machado-Rivera²

Fecha correspondencia:

Recibido: abril 16 de 2017.

Revisado: noviembre 20 de 2017.

Aceptado: noviembre 24 de 2017.

Forma de citar:

Zuluaga-Arbeláez N, Uribe-Castaño S, Machado-Rivera FA. Síndrome de Valentino: úlcera péptica perforada simulando apendicitis aguda Rev CES Med 2018; 32(2): 74-78.

Open access

© Derecho de autor

Licencia creative commons

Ética de publicaciones

Revisión por pares

Gestión por Open Journal System

DOI: [http://dx.doi.org/10.21615/](http://dx.doi.org/10.21615/cesmedicina.32.1.9)

[cesmedicina.32.1.9](http://dx.doi.org/10.21615/cesmedicina.32.1.9)

ISSN 0120-8705

e-ISSN 2215-9177

Sobre los autores:

1. Estudiante de Medicina, Universidad CES.

2. Cirujano general.

Comparte



Resumen

Un dolor abdominal puede tener múltiples etiologías y su localización usualmente orienta al abordaje de ciertos diagnósticos diferenciales. Se describe el caso de una paciente de 38 años quien se presentó con una inusual causa de dolor en fosa iliaca derecha que, clínicamente, simulaba una apendicitis, y debido a la fuerte sospecha diagnóstica se le realizó un abordaje laparoscópico para realizar la apendicectomía. Sin embargo, durante el procedimiento no se percibieron cambios inflamatorios en el apéndice que confirmaran la sospecha clínica inicial, llevando entonces a realizar una exploración abdominal exhaustiva, encontrándose con una perforación gástrica causante del cuadro clínico atípico en el que los fluidos gástricos y duodenales viajaron a través de la corredera parieto-cólica, acumulándose en el cuadrante inferior derecho y causando así una peritonitis focal y cuadro clínico compatible con apendicitis, también conocido como síndrome de Valentino. Esta inusual presentación, sin previos reportes en Colombia, se debe considerar como un diagnóstico diferencial, especialmente en aquellos pacientes con signos sugestivos de irritación peritoneal.

Palabras claves: Dolor abdominal; Apendicitis; Úlcera Péptica; Síndrome de Valentino.

Abstract

Abdominal pain can have multiple etiologies, and the location of it usually guides us to the approach of certain differential diagnoses. We present a case of a 38 years old patient who presented with a rare cause of right lower quadrant pain, a perforated gastric ulcer that masqueraded clinically as appendicitis. Therefore, a laparoscopic intervention was performed to do the consecutively appendectomy. However, during the procedure no inflammatory changes were observed in the appendix that support the initial clinical suspicion. Thus, an exhaustive abdominal examination was performed finding a perforated gastric ulcer; the culprit of this atypical clinical picture. Then, the patient was treated with an appropriate ulcerorrhaphy with excellent results. In this case, gastric and duodenal contents traveled across the parietocolic gutter, accumulating in the low right quadrant. This produced a focal peritonitis in right iliac fossa and

clinical picture compatible with appendicitis, or also known as Valentino's syndrome. This demonstrates the importance of including perforated gastric ulcer in the differential diagnosis of right lower quadrant pain especially in those patients with peritoneal signs.

Keywords: Abdominal pain; Appendicitis; Peptic ulcer; Valentino syndrome.

Introducción

Un dolor localizado en el cuadrante inferior derecho es una consulta habitual en el servicio de urgencias, siendo la apendicitis una de las etiologías más comunes (1). Sin embargo, del 20 al 33 % se presenta de manera atípica, por lo que es un verdadero desafío diagnóstico (1,2). Una de sus causas es la úlcera péptica perforada (3,4), una seria complicación con un elevado porcentaje de mortalidad (5,6).

Una úlcera péptica perforada asociada un dolor en el cuadrante inferior derecho y simulando una apendicitis aguda, constituyen el síndrome Valentino.

Esta complicación, asociada un dolor en el cuadrante inferior derecho y simulando una apendicitis aguda, constituyen el síndrome Valentino. Este síndrome recibe su epónimo debido a la muerte del famoso actor estadounidense Rudolph Valentino, quien, al ser inicialmente diagnosticado por una apendicitis aguda, se le realizó una apendicetomía sin mejorar su pronóstico, desarrollando una peritonitis y falla orgánica múltiple llevándolo hasta su muerte. Revelándose en la autopsia una úlcera gástrica perforada (7).

No hay muchos reportes epidemiológicos sobre su incidencia, prevalencia u otros datos estadísticos que permitan conocer el actual estado epidemiológico del síndrome. Se presenta a continuación el reporte de una paciente con esta enfermedad.

Presentación del caso

Mujer de 38 años quien se presentó al servicio de urgencias con cuadro clínico de tres días de evolución, consistente en un dolor de aparición insidiosa, el cual inicialmente se localizó en región peri-umbilical con posterior instauración en fosa ilíaca derecha, de tipo punzante, asociado a hiperalgesia regional, náuseas y anorexia. La paciente no reportaba antecedentes de importancia.

En el examen físico se encontró una paciente algica, afebril, anictérica, hemo-dinámicamente estable, afebril y con saturación de oxígeno de 97 % al ambiente. No se encontraron anormalidades en la inspección abdominal, aunque había disminución de ruidos peristálticos y contracción involuntaria de rectos del hemiabdomen derecho, con dolor a la palpación superficial y profunda de los cuatro cuadrantes abdominales, acompañado de signos de irritación peritoneal.

Se realizaron paraclínicos iniciales que revelaron una hemoglobina y un conteo plaquetario en rangos normales: 12,7 g/dL y 320 000/mm³, respectivamente; acompañados de leucocitosis (16 340 células/mm³), neutrofilia (79, 9 %) y proteína C reactiva de 3,56 mg/L (rango 0,1 a 1,0).

Con una franca sospecha de apendicitis se definió manejo con cirugía laparoscopia exploratoria, en donde se visualizó un apéndice retro cecal sin cambios inflamatorios. Sin embargo, se encontró líquido fibrino-purulento en cuadrantes superiores del abdomen, en la gotera parietocolica derecha, y una placa fibrinosa conexas al estómago, que al ser removida evidenció una úlcera péptica perforada de 3 mm en región pre pilórica, haciéndose pues el diagnóstico intra-quirúrgico de úlcera péptica perforada con peritonitis.

El procedimiento de manejo se completó mediante ulcerorrafia gástrica con parche de epiplón, drenaje laparoscópico y prueba con azul de metileno negativa para fugas. En el post operatorio, la paciente se manejó con líquidos endovenosos, antibióticos de amplio espectro, omeprazol y metoclopramida; al tercer día fue dada de alta.

Discusión

La perforación de una úlcera péptica corresponde a una infrecuente complicación (10 %) de la enfermedad ulcerosa. La terapia de elección es la cirugía, pero su manejo se puede ver obstaculizado por sintomatología no propia de esta entidad, ya que, dada la perforación, es posible la comunicación libre del contenido duodenal y gástrico en la cavidad peritoneal (3,8), acumulándose en porciones dependientes del peritoneo, primordialmente en la fosa iliaca derecha y produciendo una sintomatología no acorde con la etiología (9).

El caso descrito cumple con la aproximación anecdótica y los reportes que se han efectuado anteriormente, donde se imita la apendicitis aguda de manera tal que se lleva el paciente a cirugía sin ningún estudio imagenológico, produciéndose el diagnóstico en el mismo acto quirúrgico (10).

En algunos casos se recomienda la implementación sistemática de estudios imagenológicos como los rayos X de tórax y abdomen en pacientes con signos de sugestivos de irritación peritoneal, puesto que la presencia de aire sub-diafragmático abre el espectro de diagnósticos diferenciales y un abordaje diferente del paciente.

En algunos casos se recomienda la implementación sistemática de estudios imagenológicos como los rayos X de tórax y abdomen en pacientes con signos de sugestivos de irritación peritoneal, puesto que la presencia de aire sub-diafragmático abre el espectro de diagnósticos diferenciales y un abordaje diferente del paciente (11).

Sin embargo, existe la probabilidad de que el diagnóstico fuera incierto de no ser por el abordaje laparoscópico, ya que, si se hubiese llevado a cabo la cirugía con técnica abierta, se entorpecería el hallazgo de la verdadera etiología de dolor, mostrándose únicamente un apéndice sano, lo que muy probablemente ocurrió en el caso del famoso actor.

La laparoscopia, además de ser una técnica que disminuye el trauma, morbilidad, dolor posoperatorio y estancia hospitalaria, conlleva a mejores resultados cosméticos (12), permite una exploración completa de la cavidad abdominal, adquiriendo gran valor en el abordaje de pacientes femeninas, logrando identificar enfermedades ginecológicas (13,14) y, adicionalmente, explorar algunos posibles diagnósticos diferenciales (15,16), logrando la disminución simultánea de apendicetomías negativas que alcanzan porcentajes hasta el 44 % (1).

En el abordaje laparoscópico de la úlcera gástrica perforada se considera que el cierre primario de la perforación con parche de Graham puede llevarse a cabo con relativa facilidad y probablemente constituye un tratamiento suficiente. Si a lo anterior se adiciona un bloqueador de la bomba de protones, entonces menos del 20 % de los pacientes requerirán tratamiento quirúrgico definitivo subsecuente (17).

Conclusión

A este síndrome, dada su génesis y su consecuente infradiagnóstico e inadecuado manejo se le debe otorgar singular importancia y mantenerlo como un diagnóstico diferencial, no solo por lo desafiante, sino también por la considerable mortalidad que conlleva. Por lo tanto, se sugieren posibles aplicaciones futuras como un abordaje laparoscópico que permita una evaluación más integral del contenido abdominal, permitiendo diagnósticos y conductas acertadas. Debe considerarse el uso de estudios imagenológicos en pacientes con signos de irritación peritoneal para

descartar o abrir el espectro diagnóstico. Y, finalmente, se recomienda la reparación laparoscópica de úlceras pépticas perforadas con la técnica de parche de Graham, ya que puede ser considerada un método seguro y efectivo.

Conflicto de Intereses

Los autores declaramos no tener ningún tipo de conflicto de interés.

Bibliografía

1. Canavosso L, Carena P, Manuel Carbonell J, Monjo L, Palas Zuñiga C, Sánchez M *et al.* Dolor en fosa ilíaca derecha y Score de Alvarado. *Cirugía Española*. 2008;83(5):247-251.
2. Wijegoonewardene S, Stein J, Cooke D, Tien A. Valentino's syndrome a perforated peptic ulcer mimicking acute appendicitis. *Case Reports*. 2012;2012:bcr0320126015-bcr0320126015.
3. Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser E, Longo D, Jameson J, *et al.* *Harrison's principles of Internal Medicine*. 19th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2017, pp.1911-1932.
4. Sandler R, Everhart J, Donowitz M, Adams E, Cronin K, Goodman C *et al.* The burden of selected digestive diseases in the United States. *Gastroenterology*. 2002;122(5):1500-1511.
5. Kocer B, Surmeli S, Solak C, Unal B, Bozkurt B, Yildirim O *et al.* Factors affecting mortality and morbidity in patients with peptic ulcer perforation. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2007;22(4):565-570.
6. Prabhu V, Shivani A. An overview of history, pathogenesis and treatment of perforated peptic ulcer disease with evaluation of prognostic scoring in adults. *Annals of Medical and Health Sciences Research*. 2014;4(1):22.
7. Ramírez-Ramírez M, Villanueva-Saenz E. Síndrome de Valentino. Úlcera péptica perforada con presentación clínica inusual. *Revista de Gastroenterología de México*. 2016;81(4):225-226.
8. Amann C, Austin A, Rudinsky S. Valentino's Syndrome: A life-threatening mimic of acute appendicitis. *Clinical practice and cases in emergency medicine [Internet]*. 2017;1(1):44-46. Available from:
9. Mahajan P, Abdalla M, Purayil N. First report of preoperative imaging diagnosis of a surgically confirmed case of Valentino's Syndrome. *Journal of Clinical Imaging Science*. 2014;4(1):28.
10. Townsend C, Beauchamp R, Evers B, Mattox, K. *Sabiston Textbook of Surgery*. 18th edition. Philadelphia: Courtney M. Townsend, pp.1229-1292.
11. Sarah Blundell S. Valentino's Syndrome In An Adolescent Boy With Peptic Ulcer Perforation Simulating Acute Appendicitis [Internet]. *Jpss.eu*. 2017 [cited 24 September 2017].

12. Mandrioli M. Advances in laparoscopy for acute care surgery and trauma. *World Journal of Gastroenterology*. 2016;22(2):668.
13. Garg C, Vaidya B, Chengalath M. Efficacy of laparoscopy in complicated apendicitis. *International Journal of Surgery*. 2009;7(3):250-252.
14. Inski T, Mosch C, Eikermann M, Neugebauer E. Laparoscopic versus open appendectomy in patients with suspected appendicitis: a systematic review of meta-analyses of randomised controlled trials. *BMC Gastroenterology*. 2015; 15.
15. Mosquera M, Kadamani A, Pacheco M, Villarreal R, Ayala JC, Fajardo LP, et al. Laparoscopic appendectomy versus open appendectomy. *Rev Colomb Cir*. 2012;27(2):121-128.
16. Sauerland S, Jaschinski T, Neugebauer E. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010;10:1-144.
17. Sebastian M, Chandran V, Elashaal Y, Sim A. Helicobacter pylori infection in perforated peptic ulcer disease. *British Journal of Surgery*. 1995;82(3):360-362.