

Síndrome de Valentino: una causa no común de abdomen agudo. Reporte de un caso

Jaime Lenin Veintimilla Hurtado¹, Ana Belén Rivas Ullaguari², Alonso Xavier Quito Becerra², Viviana Gisela Patiño Cuenca², Yessica Gabriela Castillo Andrade².

1. Servicio de Cirugía General, Hospital Básico de Zumba. Distrito 19D03. Zamora Chinchipe – Ecuador.
2. Hospital Básico de Zumba, Distrito 19D03. Zamora Chinchipe – Ecuador.

CORRESPONDENCIA:

Ana Belén Rivas Ullaguari
Correo electrónico:
rivas.anabelen94@gmail.com
Dirección:
Huayanay y Pachacamac. Cuenca, Azuay – Ecuador.
Código postal: EC010102
Teléfono: +593 990665449

Fecha de recepción: 29-08-2020.
Fecha de aprobación: 1-11-2020.
Fecha de publicación: 30-11-2020.

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Veintimilla J, Rivas A, Quito A, Patiño V, Castillo Y. Síndrome de Valentino: una causa no común de abdomen agudo. Reporte de un caso. Rev Med HJCA. 2020; 12 (3):231-235. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2020.12.3.cc.35>

ARTÍCULO ACCESO ABIERTO



©2020 Veintimilla et al. Licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepage.htm>).



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Valentino es la perforación de una úlcera péptica a nivel gástrico o duodenal, en donde el paciente se presenta de forma atípica, con un cuadro clínico sugerente de apendicitis aguda, asociado a peritonitis localizada. Al ser una entidad con escasos reportes a nivel mundial y con ningún caso documentado en el Ecuador, es fundamental difundir el presente caso clínico para conocimiento de la comunidad médico-científica.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 63 años, acudió a servicio de emergencia con dolor abdominal de 12 horas de evolución localizado en fosa iliaca derecha asociado a signos de irritación peritoneal y descompensación hemodinámica, sugestivo de peritonitis. Se realizó laparotomía exploratoria.

EVOLUCIÓN: En el procedimiento quirúrgico no se evidenciaron cambios inflamatorios en el apéndice y tras la exploración de la cavidad abdominal se encontró una úlcera gástrica perforada; se realizó rafia primaria en dos planos, apendicectomía incidental, más lavado de cavidad abdominal. Paciente con recuperación exitosa, se indicó alta médica al séptimo día de hospitalización.

CONCLUSIÓN: La perforación de una úlcera péptica puede generar un cuadro clínico de dolor en fosa iliaca derecha, que puede confundirse con una apendicitis aguda debido a su similitud clínica. El equipo médico debe considerar al Síndrome de Valentino como un diagnóstico diferencial importante durante la evaluación del paciente que llega a la emergencia con cuadro clínico de dolor abdominal sugestivo de apendicitis aguda.

PALABRAS CLAVE: DOLOR ABDOMINAL, FOSA ILIACA, APENDICITIS, ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA, ABDOMEN AGUDO, PERITONITIS.

ABSTRACT

Valentino Syndrome: an uncommon cause of acute abdomen. Case Report.

BACKGROUND: Valentino's syndrome is secondary to a perforated peptic ulcer, which could be located in the stomach or the duodenum, patients present with clinical features that suggest acute appendicitis, with localized peritonitis. There are few case reports about this syndrome worldwide and no one submitted in Ecuador. It is essential to transmit this clinical case for the knowledge of the medical- scientific community.

CASE REPORT: A 63-year-old male patient came to the emergency department with abdominal pain, located in the right iliac fossa, that began 12 hours ago, associated to peritoneal irritation signs and hemodynamic decompensation; suggestive of peritonitis. An exploratory laparotomy was performed.

EVOLUTION: During exploratory laparotomy, no inflammatory changes were identified in the appendix. After abdominal cavity exploration, a perforated gastric ulcer was found. Primary raffia was stitched in two planes, incidental appendectomy and lavage of the abdominal cavity were performed. The patient had a successful recovery; and was discharged after 7 days at hospitalization.

CONCLUSION: The perforation of a peptic ulcer can generate right iliac fossa pain, simulating acute appendicitis due to its clinical similarity. The medical team should consider Valentino's Syndrome as an important differential diagnosis during the evaluation of a patient that arrives to the emergency room with abdominal pain, suggestive of appendicitis.

KEYWORDS: ABDOMINAL PAIN, ILIUM, APPENDICITIS, PEPTIC ULCER PERFORATION, ABDOMEN ACUTE, PERITONITIS.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Valentino consiste en un cuadro clínico caracterizado por dolor en fosa iliaca derecha asociado a signos de irritación peritoneal; que sugieren apendicitis aguda o peritonitis localizada; sin embargo, su fisiopatología es secundaria a la perforación de una úlcera péptica a nivel gástrico o duodenal, que conlleva a la salida espontánea de jugo gástrico, el cual se desplaza a través de la corredera parietocólica derecha hasta la fosa iliaca ipsilateral, generando irritación peritoneal local ligada en muchas ocasiones a periapendicitis química. [1,2]

En la actualidad no existen datos epidemiológicos concluyentes sobre su frecuencia, incidencia o prevalencia; sin embargo, de forma general se describe su presentación principalmente en varones de edad avanzada. [2]

A nivel mundial los casos reportados son escasos, y en el Ecuador no existe ningún caso documentado; por lo tanto, se considera fundamental poner a conocimiento el presente caso clínico; dirigido al profesional de la salud, al que a diario se le presentan este tipo de retos y que debe tener en cuenta esta patología en el diagnóstico diferencial de todo paciente con dolor de fosa iliaca derecha, especialmente de aquellos con signos sugestivos de irritación peritoneal.

CASO CLÍNICO

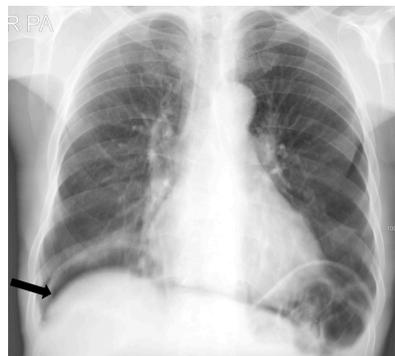
Se trató de un paciente masculino de 63 años, agricultor, sin antecedentes patológicos personales, ni familiares conocidos, fumador crónico desde hace 25 años con índice tabáquico de 12 puntos. Acudió al servicio de emergencia refiriendo dolor abdominal de 12 horas de evolución, de inicio insidioso, tipo punzante, difuso, mal localizado, de intensidad 8/10 en la escala de EVA, asociado a náusea, astenia e hiporexia. Signos vitales de ingreso: TA: 100/62 mmHg, FC 92 por minuto, FR 24 por minuto, T 36.9 °C, SpO2 96%.

A la exploración física del abdomen, se auscultaron ruidos hidroaéreos disminuidos, blando a la palpación superficial, con defensa muscular involuntaria a la palpación profunda, dolor en flanco y fosa iliaca derechos y signo de McBurney positivo.

Se realizaron exámenes complementarios iniciales, con los siguientes resultados: Leucocitos 16 000 células/mm³, neutrófilos 82%, PCR 3.22. Resto de exámenes de laboratorio dentro de parámetros normales. Se realizó una ecografía abdominal con rastreo en fosa iliaca derecha, cuya resolución era deficiente y el resultado no concluyente; por lo tanto, el equipo médico decidió solicitar otros estudios de imagen para orientar el diagnóstico. Se realizó una radiografía antero-posterior de abdomen en bipedestación, que no reveló signos patológicos y una radiografía postero-anterior de tórax que evidenció aire libre subdiafragmático derecho, el cual dirigió el diagnóstico a una posible ruptura de víscera hueca.

No se realizaron estudios de mayor complejidad debido a que este caso se presentó en un hospital básico, cuyos recursos son limitados.

Imagen 1. Radiografía PA de tórax en donde se evidencia aire libre subdiafragmático compatible con neumoperitoneo (flecha negra)



Fuente: Historia clínica.

EVOLUCIÓN

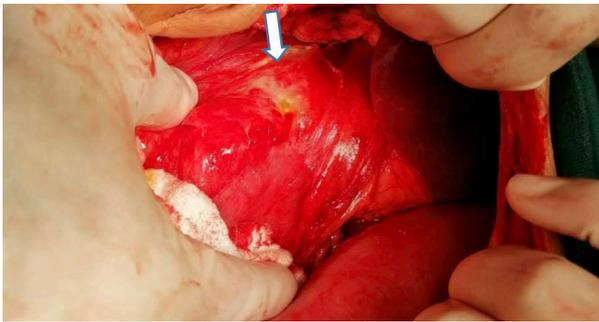
En el transcurso de las primeras horas de observación en el servicio de emergencia, tras la evaluación del paciente y la realización de exámenes complementarios descritos; el paciente presenta descompensación hemodinámica (hipotensión arterial y taquicardia), además, abdomen rígido, en tabla, indicando irritación peritoneal. Con un diagnóstico presuntivo de peritonitis, sumado al hallazgo radiográfico de neumoperitoneo, se decide pasar a quirófano para laparotomía exploratoria por la inestabilidad hemodinámica del paciente, y se inició esquema de antibióticos de amplio espectro.

Mediante abordaje abierto se visualizó un apéndice retrocecal normal, sin cambios inflamatorios. Se encontró líquido fibrino-purulento en la corredera parietocólica derecha y en cuadrantes superiores del abdomen. Tras la exploración sistemática de la cavidad abdominal se encontró una úlcera perforada tipo Jhonson III a 3 cm proximal al píloro, de aproximadamente 5 mm de diámetro; se debrió tejido fibrótico circundante y posteriormente se realizó rafia primaria en dos planos; finalmente, se realizó apendicectomía incidental con lavado de cavidad abdominal y se dio por terminado el evento quirúrgico.

Cabe destacar que la muestra de úlcera obtenida durante el procedimiento no pudo ser enviada a estudios anatomopatológicos debido a que, como se ha explicado anteriormente, el caso se desarrolló en un hospital básico de difícil acceso y de recursos limitados sin este tipo de estudios complementarios; el paciente tampoco pudo acceder por sus propios medios a dicho examen.

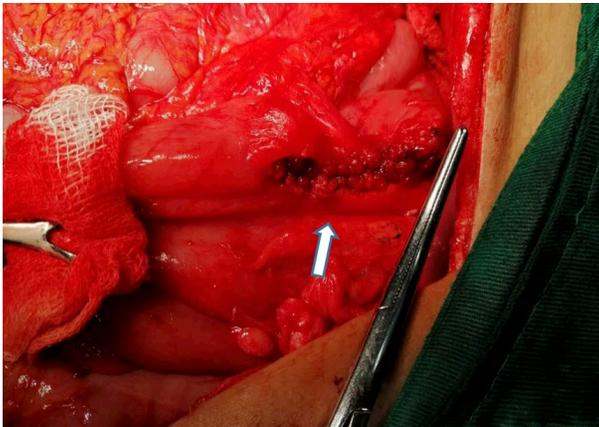
En el postoperatorio, el paciente se mantuvo hemodinámicamente estable, con satisfactoria evolución, sin complicaciones postoperatorias. Se inició terapia con inhibidores de la bomba de protones y se continuó con el tratamiento antibiótico de amplio espectro. Fue dado de alta al séptimo día, con indicación de triple esquema para Helicobacter Pylori y posterior control con especialista.

Imagen 2. Úlcera perforada prepilórica de 5 mm de diámetro (flecha).



Fuente: Fotografía tomadas durante el procedimiento quirúrgico.

Imagen 3. Rafia primaria en dos planos de lesión (flecha).



Fuente: Fotografías tomadas durante el procedimiento quirúrgico.

DISCUSIÓN

Muchas entidades clínicas causantes de dolor abdominal pueden tener numerosos diagnósticos diferenciales, la apendicitis aguda es una de las principales causas [5]. La presencia de síntomas y signos orientadores, facilitan enormemente al diagnóstico si a eso, agregamos estudios adicionales. Sin embargo, es necesario ser sumamente cuidadoso al determinar esta enfermedad quirúrgica, pues existen diversas patologías que pueden simular un cuadro de apendicitis aguda, complicándose más aún el panorama, si evaluamos pacientes mujeres debido a condiciones ginecológicas simuladoras [1]. Como se ha expuesto previamente el caso de nuestro paciente, el Síndrome de Valentino, constituye un diagnóstico diferencial a esta entidad, pues su presentación clínica obedece a la acumulación de líquidos gástricos o duodenales a nivel de fosa ilíaca derecha, generando, por tanto, una irritación peritoneal localizada, supuración e inflamación del apéndice vermiforme [2]. La etiología de esta entidad es secundaria a la perforación de una úlcera péptica localizada en estómago o duodeno [3], que comprende una complicación poco frecuente (10%) de la enfermedad ulcerosa péptica [4]. Debido a la facilidad de comunicación de los espacios dentro de la cavidad peritoneal, los fluidos son direccionados a través de la corredera parietocólica derecha hacia la fosa ilíaca ipsilateral, lo que puede simular la clínica de apendicitis aguda [1]. Durante los

últimos cinco años, tras una búsqueda exhaustiva, se han identificado 12 artículos de reporte de caso, que explican cuadros clínicos compatibles con el Síndrome de Valentino.

Con respecto a la presentación de la enfermedad, las manifestaciones clínicas fueron similares entre casos, como dolor abdominal agudo en fosa ilíaca derecha, en ciertos pacientes iniciado en epigastrio y luego irradiado, que va incrementando hasta presentar 10/10 de intensidad, y que puede acompañarse de náusea, vómito y anorexia. Durante la examinación, existe en algunos casos fiebre, sensibilidad a la palpación abdominal en fosa ilíaca derecha y signos de irritación peritoneal como el punto de McBurney, Blumberg, Rovsing, psoas, entre otros. Los resultados de laboratorios básicos en algunos casos determinaron proceso inflamatorio-infeccioso con leucocitosis, neutrofilia y proteína C reactiva. En otros casos, los rangos se encontraban dentro de parámetros de referencia. Los uroanálisis y otros exámenes resultaron normales [1-4, 6-13]. En la anamnesis del caso expuesto, el dolor abdominal se describió como difuso y mal localizado; sin embargo, en la exploración física del paciente se encontraron signos indicativos de apendicitis aguda, y posteriormente de una peritonitis. Por otro lado, al igual que en los reportes descritos, se evidenció leucocitosis con desviación a la izquierda y proteína C reactiva positiva.

Según la revisión de otros reportes clínicos presentados, los datos de la anamnesis que pueden orientar al diagnóstico están: sexo masculino, consumo crónico de antiinflamatorios no esteroideos [6], infección por *Helicobacter pylori*, historia personal y/o familiar de enfermedad ulcerosa péptica y consumo de tabaco [7]. Si comparamos con nuestro caso, los datos coincidentes a estas descripciones son el sexo hombre y el hábito tabáquico.

Con respecto a los estudios de imagen durante el preoperatorio que orienten a esta patología, está la realización de radiografías de tórax posteroanterior y de abdomen en bipedestación, ultrasonido abdominal y tomografía computarizada simple de abdomen [8]. Lo que se puede evidenciar con las imágenes de ultrasonido es líquido libre alrededor de un apéndice vermiforme normal [6] y en los rayos X presentar neumoperitoneo con radiolucidez subdiafrágica o aire libre perirrenal [9, 10]. De acuerdo a los estudios revisados, se recomienda como estudio de entrada la tomografía computarizada si se sospecha de Síndrome de Valentino [1], en la que puede mostrar aire libre retroperitoneal derecho, principalmente alrededor del riñón derecho, conocido como “signo del riñón derecho velado”, engrosamiento de la pared del duodeno y aire libre alrededor del duodeno [6]. Sin embargo, esto dista de la realidad, porque como se ha mencionado anteriormente, los signos y síntomas orientan hacia una apendicitis aguda, y el diagnóstico es llevado a cabo, en la mayoría de los casos, durante el transoperatorio. Si analizamos los rayos X de nuestro paciente, nos encontramos con signos de neumoperitoneo; al no disponerse de tomografía computarizada en la unidad de salud, sumado al empeoramiento clínico del paciente, se intervino inmediatamente con laparotomía exploratoria. Por lo tanto, el estudio de rayos X en este caso fue de gran valor, pues nos orientó a considerar de forma oportuna otros diagnósticos diferenciales a apendicitis aguda, ya que los hallazgos encontrados nos dirigen a la posibilidad de una perforación de víscera hueca.

En otros casos revisados, el equipo médico tuvo dificultades similares de accesibilidad a tomografía, que llevaron igualmente a laparotomía exploratoria [1,6-8,10-13], y en otros casos laparoscopia [2-4,9], según la condición clínica del paciente. Aparte, dos casos tuvieron acceso a tomografía computarizada, cuyos signos ayudaron al diagnóstico en un caso [3], mientras que no fue concluyente en otro [8].

Durante la laparotomía exploratoria de nuestro paciente, tras evidenciar ausencia de afección apendicular con presencia de líquido libre purulento, al explorar cavidad abdominal identificamos una

Úlcera péptica anterior, perforada, Jhonson III, de aproximadamente 5 mm de diámetro y 3 cm proximal al píloro. En los casos revisados, 8 presentaron perforación de úlcera péptica a nivel duodenal anterior o retroperitoneal [1-3,7-10,13]. Sin embargo, 4 casos evidenciaron perforación de úlcera péptica a nivel prepilórico, en cara anterior de estómago [4,6,11,12], como en nuestro paciente. Esto nos permite deducir que la localización más frecuente de la perforación de úlcera péptica, cuya sintomatología simula a una apendicitis aguda está en el duodeno.

Una vez ya identificada la úlcera péptica perforada, el tratamiento definitivo es quirúrgico. Se puede realizar un cierre simple con suturas intermitentes, con o sin omentoplastia; se puede introducir un tapón omental en la perforación con sutura posterior; y finalmente, un parche omental después de la técnica de Graham [1]. En la mayoría de casos reportados, las úlceras perforadas fueron manejadas con rafia primaria sin parche de Graham [1,6], mientras que otros rafia primaria y parche de Graham [2-4, 7-13]. En nuestro paciente,

se le practicó rafia primaria en dos planos sin parche de Graham. Todos los pacientes de los estudios, incluido el nuestro, tuvieron evolución favorable en el postoperatorio, asociando antibioticoterapia, tamizaje de *Helicobacter pylori* seriado, protección gástrica y analgésicos no AINE, recibiendo el alta de acuerdo con el criterio del equipo médico en cada caso [1-4, 6-13].

CONCLUSIÓN

La perforación de una úlcera péptica puede generar un cuadro clínico de dolor en fosa ilíaca derecha, que puede confundirse con una apendicitis aguda debido a su similitud clínica. La reflexión final de este reporte de caso es poner en manifiesto al síndrome de Valentino, como otra causa a considerar en el manejo de un paciente con abdomen agudo, reduciendo el error diagnóstico, las posibles complicaciones y, por tanto, la morbimortalidad de los pacientes.

ABREVIATURAS

TAC: Tomografía Axial Computarizada; EVA: Escala visual Analógica; PA: Postero-anterior; AINE: Antiinflamatorio no esteroideo; PCR: Proteína C reactiva.

AGRADECIMIENTOS

No Aplica.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

DISPONIBILIDAD DE DATOS Y MATERIALES

Los datos fueron recolectados de los archivos médicos proporcionados por el Hospital Básico de Zumba, Zamora Chinchipe – Ecuador. El material bibliográfico se obtuvo de revistas indexadas en plataformas de búsqueda como Pubmed, Scielo y Cochrane.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

AR, AQ, VP, YC: recolección de datos, revisión bibliográfica y redactaron el manuscrito. JV: Realizó el manejo clínico – quirúrgico y el revisión y análisis crítico del artículo. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Jaime Lenin Veintimilla Hurtado. Especialista en Cirugía General del Hospital Básico de Zumba. Distrito 19D03. Zamora Chinchipe – Ecuador.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8000-1051>

- Ana Belén Rivas Ullaguari. Médico general, Universidad de Cuenca. Médico Rural del Hospital Básico de Zumba; Distrito 19D03. Zamora Chinchipe – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6460-6250>

- Alonso Xavier Quito Becerra. Médico general, Universidad de Cuenca. Médico Rural del Centro de Salud de Valladolid; Distrito 19D03. Chinchipe-Palanda.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2557-1750>

- Viviana Gisela Patiño Cuenca. Médico Residente del Hospital Básico de Zumba, Distrito 19D03. Zamora Chinchipe – Ecuador.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4648-7371>

- Yessica Gabriela Castillo Andrade. Médico Residente del Hospital Básico de Zumba; Distrito 19D03. Zamora Chinchipe – Ecuador.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9451-928>

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no reportan ningún conflicto de interés

CONSENTIMIENTO PARA PUBLICAR

Los autores cuentan con el consentimiento para publicación.

APROBACIÓN ÉTICA Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

Los autores cuentan con el consentimiento informado del paciente para la publicación del caso clínico y las imágenes utilizadas en el mismo.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Veintimilla J, Rivas A, Quito A, Patiño V, Castillo Y. Síndrome de Valentino: una causa no común de abdomen agudo. Reporte de un caso. Rev Med HJCA. 2020; 12 (3):231-235. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2020.12.3.cc.35>

PUBLONS

 Contribuye con tu revisión en: <https://publons.com/publon/47205411/>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Noussios G, Galanis N, Konstantinidis S, Mirelis C, Chatzis I, Katsourakis A. Valentino's Syndrome [with Retroperitoneal Ulcer Perforation]: A Rare Clinico-Anatomical Entity. *American Journal of Case Reports* [Revista en Internet]. 2020; 21: 1-4. Disponible en: <https://www.amjcaserep.com/abstract/index/idArt/922647>
2. Sgro A, Petkar M, Benevento A, Pata F. Valentino's syndrome: An unusual presentation of a perforated peptic ulcer. *Translational Surgery* [Revista en Internet]. 2017; 2(4): 106. Disponible en: <http://www.translsurg.com/article.asp?issn=2468-5585;year=2017;volume=2;issue=4;spage=106;epage=108;au-last=Sgro>
3. Amann C, Austin A, Rudinsky S. Valentino's Syndrome: A Life-Threatening Mimic of Acute Appendicitis. *Clinical Practice and Cases in Emergency Medicine* [Revista en Internet]. 2017;1(1):44-46. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/29849430>
4. Zuluaga Arbeláez N, Uribe Castaño S, Machado Rivera F. Síndrome de Valentino: úlcera péptica perforada simulando apendicitis aguda. *Ces Medicina* [Revista en Internet]. 2018; 32(1): 74-78. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/4213>
5. Brunicaudi F, Andersen D, Billiar T, Dunn D, Hunter J, Kao L et al. *Schwartz's principles of surgery*. 11^o Ed. New York: McGraw-Hill; 2019.
6. Iloh A, Omorogbe S, Osime O. Surgeons beware: It may not be acute appendicitis. *Archives of International Surgery* [Revista en Internet]. 2017; 7(4): 139. Disponible en: <http://www.archintsurg.org/article.asp?issn=2278-9596;year=2017;volume=7;issue=4;spage=139;epage=141;au-last=Iloh>
7. Jaboury I. Valentino syndrome: case report and review of literature. *ANZ Journal of Surgery* [Revista en Internet]. 2020; 90(5): 940-941. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ans.15883>
8. Mohan C. P., Kabalimurthy J, Balamurugan E., Jayavarmaa R. A rare case of Valentino's syndrome. *International Surgery Journal* [Revista en Internet]. 2018; 5(8): 2933. Disponible en: <https://www.ijurgery.com/index.php/ij/article/view/3114>
9. Ramírez Ramírez M, Villanueva Saenz E. Síndrome de Valentino. Úlcera péptica perforada con presentación clínica inusual. *Revista de Gastroenterología de México* [Revista en Internet]. 2016; 81(4): 225-226. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090616300271?via%3Dihub>
10. Lopez Casillas N, Luna Guerrero C, Lopez Rico L, Vargas Flores E. An Unusual Cause of Abdominal Pain: Valentino's Syndrome. A Case Report. *Japanese Journal of Gastroenterology and Hepatology* [Revista en Internet]. 2020; 4(2): 1-3. Disponible en: <https://www.jjgastrohepto.org/pdf/JJGH-v4-1398.pdf>
11. AKIŞ YILDIZ Z, AYYILDIZ H. Valentino's Syndrome in a Child: Perforated Peptic Ulcer Mimicking Acute Appendicitis. *Turkish Journal of Pediatric Disease* [Revista en Internet]. 2018;4:287-288. Disponible en: <https://dergipark.org.tr/en/pub/tchd/issue/44483/551698>
12. Fretes D, Martínez A, Fernández U, Benítez M, Cardozo R. VALENTINO SYNDROME-PERFORATED PEPTIC ULCER. CIRUGIA PARAGUAYA [Revista en Internet]. 2018;42[3]:40-41. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2307-04202018000300040&lng=es&nrm=iso&tlng=en
13. Hussain K, Munir A, Saeed Wahla M, Masood J. Valentino's Syndrome: Perforated Peptic Ulcer Mimicking Acute Appendicitis Managed Through Rutherford Morrison Incision. *J Coll Physicians Surg Pak* [Revista en Internet]. 2016;26[8]:727-728. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27539780/>