

Síndrome de Valentino



Félix J. Fojo, MD
felixfojo@gmail.com
ffojo@homeorthopedics.com

El paciente RDN, empleado de correos de 43 años, con buena salud salvo ciertas cefaleas intermitentes e ingestas ácidas frecuentes, ingresa por emergencia con un dolor epigástrico intenso que irradia a la fosa iliaca derecha, donde se hace más intenso y permanente. Lo describe como insoportable y punzante, y adopta intuitivamente la posición fetal para aliviarlo. La crisis dolorosa aguda comenzó hace 3 días y se ha ido incrementando con el paso del tiempo.

Además, refiere náuseas, vómitos acuosos los 2 primeros días, que atribuyó a una ingesta de comida pesada y muy picante, así como flatulencia, algo de sudoración fría y una ligera febrícula. Se aprecian, a la palpación abdominal, signos evidentes de defensa en la zona de proyección del dolor, y varios de los signos clásicos apendiculares están presentes: en específico los de Blumberg, Bassler y Murphy, que se buscan y demuestran como parte de la docencia a los alumnos e internos. A la auscultación abdominal, se escuchan ruidos peristálticos muy atenuados y al final ausentes. La tensión arterial del paciente es normal y tiene una taquicardia de 114 latidos por minuto. No se observan arritmias. En el hemograma se aprecia una leucocitosis ligera. La diuresis es pobre y concentrada, lo que se atribuye a los vómitos y a la mínima ingesta de líquido.

Nunca había presentado un cuadro semejante. No ha tenido ninguna cirugía abdominal. Los únicos medicamentos que refiere haber utilizado en los meses precedentes son antiácidos de venta sin receta e ibuprofeno o acetaminofeno para el dolor de cabeza.

Se le hace una ecografía abdominal en la que se observa una imagen de asa intestinal agrandada y aperistáltica con hipocogenicidad de sus paredes. La masa no modifica sus dimensiones con las maniobras compresivas que se ejecutan. Así, se diagnostica una apendicitis aguda, muy probablemente perforada, y se le prepara para una cirugía abdominal abierta de urgencia. Sorprendentemente, en el curso de la laparotomía no se observan cambios inflamatorios ni perforación de ningún tipo en el apéndice, que se informa como normal.

Se amplía la exploración al resto de la cavidad abdominal y se encuentra líquido fibrinopurulento en los cuadrantes superiores del abdomen, más aún en la gotera parietocólica derecha y, además, una placa fibrinosa conexas al estómago que al ser removida evidencia una úlcera péptica perforada de unos 10 a 12 milímetros en la región prepilórica.

Se sigue entonces lo establecido para el cierre de una lesión de estómago perforada y el caso se diagnostica intraquirúrgicamente como una úlcera péptica perforada con peritonitis ya establecida. La evolución es favorable y el paciente es dado de alta 4 días después con el tratamiento farmacológico adecuado. En este caso, nada común por demás, estamos en presencia de un típico “Síndrome de Valentino”, un cuadro que se conforma por la perforación de una úlcera gástrica o duodenal en la que la fuga de fluidos gastroduodenales, en lugar de ir solo al espacio intraperitoneal, como es habitual, corre por el espacio retroperitoneal –corredera parietocólica– hasta el cuadrante abdominal inferior derecho, lo que simula una apendicitis aguda clásica. Esta anomalía confunde extraordinariamente la certeza del diagnóstico.

Aunque esta forma de presentación poco común de las perforaciones gastroduodenales es conocida y se han reportado casos desde hace muchos años, no existen estadísticas confiables de su frecuencia. El pronóstico es favorable si se diagnostica a tiempo, pero empeora en ancianos o cuando el cuadro es poco florido y la peritonitis postperforación se complica con fracaso ventilatorio, *shock* séptico y/o fallo orgánico múltiple.

¿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, a los 31 años, murió en un hospital de Nueva York el actor Rodolfo Valentino (1895-1926), el “latin lover” por excelencia y el primero en la historia del cine. 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. **G**