

Un dilema de Abdomen Agudo: Caso clínico de Síndrome de Valentino

An Acute Abdomen dilemma: Clinical case of Valentino Syndrome

Um dilema Agudo do Abdômen: Caso clínico de Síndrome de Valentino

Recibido: 25/11/2024 | Revisado: 28/11/2024 | Aceptado: 29/11/2024 | Publicado: 02/12/2024

Adolfo León Roldán Chica

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8482-7332>
Unidad Central del Valle del Cauca, Colombia
E-mail: aroldan@uceva.edu.co

Nicolás Delgado Garcés

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-0918-9771>
Unidad Central del Valle del Cauca, Colombia
E-mail: nicolas.delgado01@uceva.edu.co

Juan Esteban Grisales Domínguez

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-0880-5455>
Unidad Central del Valle del Cauca, Colombia
E-mail: juan.grisales04@uceva.edu.co

Melisa Castaño Rentería

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-5394-5528>
Unidad Central del Valle del Cauca, Colombia
E-mail: melisa.castano01@uceva.edu.co

Valeria Llanos Posso

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-3831-2227>
Unidad Central del Valle del Cauca, Colombia
E-mail: valeria.llanos01@uceva.edu.co

Cristhian Camilo Velandia Mosquera

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-1074-1055>
Unidad Central del Valle del Cauca, Colombia
E-mail: cristhian.velandia01@uceva.edu.co

Resumen

El objetivo del presente artículo es reportar el caso clínico de un paciente de 38 años con diagnóstico sospechoso y de confirmación intraoperatoria para la presentación de un síndrome de Valentino, enfatizando la importancia del diagnóstico diferencial en la práctica clínica con síntomas de apendicitis aguda teniendo en cuenta el interrogatorio adecuado y la construcción de antecedentes de importancia para lograr descartar este tipo de patologías. El paciente experimentaba manifestaciones clínicas típicas de apendicitis aguda, sin embargo, con el antecedente de consumo de alcohol previo al inicio del dolor, así como la evolución continua durante un tiempo prolongado de 10 días lo que indica una presentación de úlcera péptica vs apendicitis aguda, adicionalmente la laparotomía exploratoria reveló una úlcera gástrica perforada y al realizar la apendicectomía se identificó una apendicitis fase 1. El método de tratamiento utilizado fue la apendicectomía y la reparación de la úlcera por parche de epiplón. Se obtuvo una recuperación exitosa postoperatoria sin complicaciones. Todos los resultados destacan la importancia del enfoque integral y el examen complejo de imágenes, tal como la TAC, en el diagnóstico del abdomen agudo con sintomatología atípica. Se identifica así la necesidad de un abordaje integral en la anamnesis y la descripción de antecedentes, así como el tratamiento quirúrgico temprano.

Palabras clave: Úlcera gástrica; Cirugía general; Dolor abdominal; Apendicitis; Síndrome de Valentino.

Abstract

The objective of this article is to report the clinical case of a 38-year-old patient with a suspected diagnosis and intraoperative confirmation for the presentation of Valentino syndrome, emphasizing the importance of differential diagnosis in clinical practice with symptoms of acute appendicitis, taking into account adequate interrogation and construction of important background information to rule out this type of pathology. The patient experienced typical clinical manifestations of acute appendicitis, however, with a history of alcohol consumption prior to the onset of pain, as well as the continuous evolution for a prolonged period of 10 days, which indicates a presentation of peptic ulcer vs acute appendicitis. Additionally, the exploratory laparotomy revealed a perforated gastric ulcer and when performing the appendectomy, a phase 1 appendix was identified. The treatment method used was appendectomy and repair of omentum patch ulcer. A successful postoperative recovery was obtained without complications. All results highlight

the importance of a comprehensive approach and complex imaging examination, such as CT, in the diagnosis of acute abdomen with atypical symptoms. The need for a comprehensive approach in the anamnesis and description of history, as well as early surgical treatment, is thus identified.

Keywords: Stomach ulcer; General surgery; Abdominal pain; Appendicitis; Valentino syndrome.

Resumo

O objetivo deste artigo é relatar o caso clínico de um paciente de 38 anos com suspeita diagnóstica e confirmação intraoperatória para apresentação de síndrome de Valentino, enfatizando a importância do diagnóstico diferencial na prática clínica com sintomas de apendicite aguda, levando em consideração conta com interrogatório adequado e construção de informações básicas importantes para descartar esse tipo de patologia. O paciente apresentou manifestações clínicas típicas de apendicite aguda, porém, com história de consumo de álcool antes do início da dor, bem como evolução contínua por período prolongado de 10 dias, o que indica apresentação de úlcera péptica vs apendicite aguda. Além disso, a laparotomia exploradora revelou úlcera gástrica perfurada e ao realizar a apendicectomia foi identificado apêndice fase I. O método de tratamento utilizado foi a apendicectomia e reparação de úlcera no omento. Uma recuperação pós-operatória bem sucedida foi obtida sem complicações. Todos os resultados destacam a importância de uma abordagem abrangente e de exames de imagem complexos, como a tomografia computadorizada, no diagnóstico de abdome agudo com sintomas atípicos. Identifica-se, assim, a necessidade de uma abordagem abrangente na anamnese e descrição da história, bem como de tratamento cirúrgico precoce.

Palavras-chave: Úlcera gástrica; Cirurgia geral; Dor abdominal; Apendicite; Síndrome de Valentino.

1. Introducción

El síndrome de Valentino es una entidad clínica poco común que se presenta como un desafío diagnóstico en pacientes con dolor, bien sea iniciado en fosa iliaca derecha o en regiones anexas como epigastrio con posterior migración hacia la misma, a menudo confundido con apendicitis aguda. Su origen viene de Rudolph Valentino, el cual fue un famoso actor que murió de sepsis secundaria a una úlcera péptica mal perforada no diagnosticada posterior a una apendicectomía. Este síndrome inicia a partir de la perforación de una úlcera péptica, donde el quimo proveniente de dicha úlcera se desplaza a lo largo del conducto parietocólico derecho hacia la fosa ilíaca derecha, provocando irritación peritoneal y un cuadro clínico compatible con apendicitis aguda. La apendicitis es reconocida como una de las causas más frecuentes de abdomen agudo, constituyendo la intervención quirúrgica más común a nivel mundial, sin embargo, el diagnóstico erróneo puede llevar a complicaciones severas, ya que condiciones raras como el síndrome de Valentino pueden pasar desapercibidas durante la evaluación inicial.

La úlcera péptica es una patología que afecta tanto al estómago como al duodeno, tiene una etiología multifactorial que incluye la infección por *Helicobacter pylori*, el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), el consumo en exceso de alcohol, hipersecreción ácida y factores genéticos, entre otros. La incidencia de esta enfermedad varía según la región geográfica, con una mayor prevalencia en países con sistemas de salud limitados. Aunque los avances en el tratamiento con antagonistas H₂ e inhibidores de la bomba de protones han disminuido su prevalencia y complicaciones, la perforación sigue siendo una de las consecuencias más graves, con una mortalidad que oscila entre el 1,3 % y el 20 %.

En este contexto, resulta fundamental un enfoque diagnóstico integral en pacientes con abdomen agudo; como lo ilustra el presente caso, donde una úlcera gástrica perforada simuló una apendicitis aguda, lo que destaca la necesidad de considerar diagnósticos diferenciales en cuadros clínicos atípicos.

El objetivo del presente artículo es reportar el caso clínico de un paciente de 38 años con diagnóstico sospechoso y de confirmación intraoperatoria para la presentación de un síndrome de Valentino, se busca concientizar a los profesionales de la salud sobre la necesidad de una evaluación exhaustiva ante presentaciones clínicas que sugieren apendicitis, pero que podrían estar enmascarando condiciones subyacentes más complejas y potencialmente mortales teniendo en cuenta el interrogatorio adecuado y la construcción de antecedentes de importancia para lograr descartar este tipo de patologías.

2. Metodología

El presente documento lleva la estructura de un reporte de caso clínico que se considera un estudio observacional y transversal, de naturaleza cualitativa y cuantitativa (Pereira et al., 2018), donde se muestra la sintomatología de un paciente al que se diagnosticó de forma intraoperatoria síndrome de Valentino. Para el desarrollo se realiza análisis de la historia clínica del paciente. Acto seguido se realizó una búsqueda de información guiada en bases de datos científicas tales como PubMed y Scopus bajo la siguiente ecuación de búsqueda "Valentino's syndrome"[MeSH] AND "peptic ulcer perforation"[All Fields] OR "Acute abdomen" AND "chemical peritonitis" AND "right iliac fossa pain" AND "laparotomy". Esta revisión narrativa (Rother, 2007; Cavalcante & Oliveira, 2020; Casarin et al., 2020) busca unificar el conocimiento esencial sobre el tema, proporcionando una visión generalizada que permita aplicar los hallazgos de manera eficiente en la práctica médica.

El enfoque del presente artículo es el de un reporte de caso el cual se apoya en principios sólidos de investigación científica, con apego a las directrices establecidas por distintos expertos del ámbito. A continuación, se presentan algunos autores y sus contribuciones metodológicas relevantes Estrela (2018), que en el libro de metodología científica, publicado en la Editora Artes Médicas es un destacado libro de referencia sobre ciencia, docencia e investigación. Este libro es una guía completa que enfatiza la importancia de la metodología en la investigación científica y académica y proporciona una explicación detallada del método científico. Es particularmente útil para quienes desean planificar y realizar investigaciones de manera exhaustiva y organizada: Yin (2015) en el libro "Estudios de casos", publicado en Porto Alegre en la Editora Bookman. Yin es ampliamente reconocido por su enfoque riguroso y estructurado en el diseño de estudios de casos, lo que lo convierte en un recurso clave para el análisis en profundidad de personas o situaciones específicas. Pereira et al. (2018): Metodología de la investigación científica. Santa María/RS: Editora UAB/NTE/UFSM. Este libro establece los principios básicos de la realización de investigaciones científicas, desde la creación y prueba de hipótesis hasta el procesamiento y análisis de los datos recopilados. La atención se centra en los elementos básicos de los métodos de investigación aplicables a diferentes campos científicos. Estos tres artículos, además de proporcionar una base teórica sólida, también tienen importantes implicaciones prácticas para estudios de casos específicos, proporcionando herramientas valiosas para el análisis integral de personas o eventos, como se describe en este informe. Este reporte de caso clínico incluyó un formulario de consentimiento libre e informado firmado por el paciente y aprobado por el comité de ética, para la revisión de la historia clínica.

3. Caso Clínico

Masculino de 38 años, ingresa al servicio de urgencias manifestando cuadro clínico de aproximadamente veinte horas de evolución consistente en dolor abdominal tipo cólico que inicia en epigastrio con posterior irradiación a fosa iliaca derecha (FID), intensidad 7/10 en la escala de evaluación análoga del dolor (EVAD), exacerbado con la marcha. Concomitante a esto, el paciente refiere sensación de náuseas, hiporexia y dos episodios eméticos de contenido alimentario. Niega otros síntomas, patologías previas así como uso de fármacos. El paciente presenta como antecedente personal nefrolitiasis izquierda y consumo excesivo de alcohol.

Ingresa al servicio de urgencias en donde se le realiza un examen físico pertinente, el cual reporta signos vitales: Frecuencia cardiaca (FC): 92 lpm, frecuencia respiratorio (FR): 17 rpm, saturación (SpO₂): 94% sin oxígeno, presión arterial (PA): 102/60 mmHg y temperatura axilar: 36.8 °C. En la exploración física abdominal presenta ruidos intestinales presentes, dolor a la palpación superficial en punto de McBurney, Blumberg positivo, Rovsing positivo y talopercusión positiva. Posterior al ingreso, el paciente se deja en observación con diagnóstico de dolor abdominal a estudio, probablemente secundario a apendicitis aguda (AIR SCORE 6; indeterminado) a espera de interconsulta con cirugía general, y manejo con líquidos endovenosos, medicamentos correspondientes y control de signos vitales.

A su vez, se ordenan paraclínicos: Hemograma en el cual se halló Leucocitosis con neutrofilia (Figura 1) y PCR con valores normales (Tabla 2). Ante la respuesta de interconsulta por parte de cirugía general se realiza diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico compatible con apendicitis sin descartar una posible úlcera péptica perforada. Por lo tanto, se indica laparotomía exploratoria; por lo que se realiza profilaxis antibiótica y traslado a cirugía.

Al realizar laparotomía exploratoria se descubrió úlcera gástrica antral perforada de 7x7 mm y apéndice congestivo edematoso, con presencia de líquido seroso en la pelvis y la corredera parietocólica derecha. Se realizó una apendicectomía, desbridamiento y rafia de la úlcera gástrica. Postoperatorio se deja a paciente en hospitalización bajo tratamiento antibiótico, analgesia, y monitoreo; posterior se da alta por adecuada recuperación.

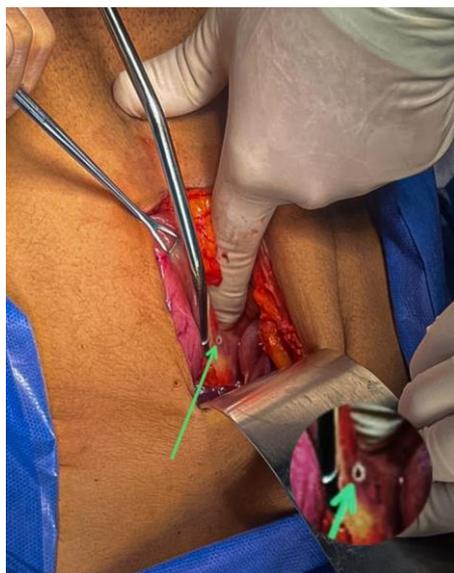
Durante su cuidado posoperatorio, el paciente demostró una notoria mejoría clínica subjetiva y objetiva. A su vez, se realizaron toma de paraclínicos; Hemograma (Tabla 4), Ionograma (Tabla 5) y función renal (Tabla 6), de los cuales se obtuvieron resultados normales. Se determinó el alta hospitalaria del paciente debido a su mejoría clínica, la ausencia de hallazgos anormales en el examen físico y la normalidad en los paraclínicos. Para el manejo médico extrahospitalario se formula Sultamicilina 750 mg cada 12 horas VO durante 10 días y Esomeprazol 40 mg cada 24 horas durante 2 días. Además, se prescribió consulta con especialista en cirugía general, 20 días posterior al alta médica.

4. Resultados y Discusión

Paciente masculino de 38 años, con un cuadro clínico consistente en dolor abdominal tipo cólico de 20 horas de evolución, que inicia en epigástrico y migra a fosa ilíaca derecha, asociado a náuseas y 2 episodios eméticos, podía corresponder a apendicitis aguda. El examen físico reveló signos de irritación peritoneal en el cuadrante inferior derecho del abdomen (signos de McBurney, Blumberg y Rovsing positivos), lo que reforzó la sospecha diagnóstica de apendicitis aguda.

Se realizó laparotomía exploratoria, en la que se identifican 2 hallazgos de interés clínico: una úlcera gástrica perforada de la región antral anterior y apéndice congestivo no perforado con líquido libre en cavidad abdominal principalmente en corredera parietocólica derecha, como causa de irritación química por fuga del contenido gástrico (Figura 1).

Figura 1 - Hallazgo intraoperatorio de úlcera péptica perforada.



Fuente: Autores.

En la Figura 1 se observa una úlcera péptica perforada de 0,7 mm.

Referente a lo que los procedimientos quirúrgicos respecta, se hizo la apendicectomía y la reparación de la úlcera gástrica. El caso clínico expuesto pone de relieve la relevancia que tiene realizar diagnósticos diferenciales en pacientes con síntomas de apendicitis aguda, máxime si se identifica en relación a enfermedad ácido péptica, esto enfatiza la necesidad de realizar un abordaje diferencial amplio aún en pacientes con sintomatología típica o un caso parecido al de úlceras pépticas perforadas que simulan apendicitis aguda, conocido como síndrome de Valentino; en este síndrome, la presentación clínica de úlceras gástricas o duodenales se evidencia de una forma atípica, en la que el contenido gástrico o duodenal perforado avanza hacia el CID y provoca manifestaciones clínicas muy parecidas a las de una apendicitis aguda. En este caso, la presencia de líquido seroso en la corredera parietocólica derecha refuerza la teoría de irritación química que imita la clínica, aunque el diagnóstico fue confirmado intraoperatoriamente.

Los estudios de imagen, fundamentalmente la tomografía computarizada, constituyen instrumentos esenciales para el diagnóstico de estas patologías mixtas. En el caso del paciente, sin embargo, la rápida agudización del cuadro clínico, conjuntamente con los hallazgos físicos, impusieron la decisión de optar por la cirugía exploratoria y el diagnóstico de la úlcera gástrica perforada. En la perspectiva del tiempo, una valoración inicial más exhaustiva con imagenología podría haber orientado el diagnóstico preoperatorio correcto.

La conducta quirúrgica incluyó apendicectomía dada la inflamación del apéndice y la reparación de la úlcera con un parche de epiplón; siendo esta la técnica quirúrgica de uso común para tales situaciones. La evolución postoperatoria fue satisfactoria y libre de complicaciones, lo que refleja un adecuado manejo quirúrgico y postquirúrgico en los pacientes con perforación gástrica. Este caso pone de relieve la importancia de considerar otros diagnósticos menos habituales en el contexto del abdomen agudo y la eficacia de la cirugía exploratoria en situaciones difíciles de diagnosticar. La vigilancia en el postoperatorio es fundamental en los pacientes con complicaciones sobre perforación gástrica.

A continuación se mostrarán los paraclínicos más significativos junto a las observaciones de cada uno (Hemograma, PCR, Hemograma post operatorio, ionograma postoperatorio, función renal postoperatoria).

En la Tabla 1, a continuación, puede observar el hemograma inicial del paciente.

Tabla 1 – Hemograma inicial.

Examen	Interpretación	Resultado	Unidad	Valor sde Referencia
Hemoglobina	Normal	14.5	g/dl	14 - 16
Plaquetas	Normal	296	x1000	150 - 450
Hematocrito	Normal	41.8	%	36 - 45
Leucocitos	Elevado	16.4	x1000	5 - 10
Neutrófilos	Elevado	78.20	%	55 - 70

Fuente: Autores.

En la Tabla 1 se puede observar la aparición de Leucocitosis y Neutrofilia.

A continuación, la Tabla 2 presenta los datos de PCR del paciente:

Tabla 2 – PCR del paciente.

Examen	Interpretación	Resultado
PCR	Normal	6.27

Fuente: Autores.

Se puede observar en la Tabla 2 que la prueba PCR presenta valores normales no postoperatorio lo cual es una buena señal. Si hubiera valores elevados podría ser indicativo de la existencia de una infección bacteriana, lo cual no sucedió.

La tabla 3 presenta el hemograma postoperatorio.

Tabla 3 - Hemograma posoperatorio.

Examen	Interpretación	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
Hemoglobina	Normal	13.7	g/dl	14 - 16
Plaquetas	Normal	279	x1000	150 - 450
Hematocrito	Normal	41.8	%	36 - 45
Leucocitos	Normal	9.6	x1000	5 - 10
Neutrófilos	Normal	51	%	55 - 70
Leucocitos segmentados	Normal	1.8	x1000	1.5 - 8

Fuente: Autores.

El hemograma postoperatorio, como se muestra en la Tabla 3, indica que todos los valores son normales, lo cual indica un progreso adecuado.

La Tabla 4, en las siguientes líneas, presenta los valores de sodio, potasio y cloro mediante un ionograma. Este es un examen médico que consiste en evaluar el nivel de electrolitos en el cuerpo. Estos electrolitos son minerales que llevan una carga eléctrica cuando se disuelven en la sangre.

Tabla 4 - Ionograma posoperatorio.

Examen	Interpretación	Resultado	Unidad	Valores de Referencia
Sodio (Na)	Normal	138	mEq/L	135 - 145
Potasio (K)	Normal	3.5	mEq/L	3.5 - 5.5
Cloro (CL)	Normal	101	mEq/L	98 - 107

Fuente: Autores.

Los valores de sodio, potasio y cloro, como se muestran en la Tabla 4, para el postoperatorio son todos normales.

La Tabla 5, a continuación, muestra datos sobre la función renal.

Tabla 5 - Función renal postoperatoria.

Examen	Interpretación	Resultado	Unidad	Valores de Referencia
Creatinina	Normal	0.96	mg/dL	0.7 - 1.3
BUN	Normal	11	mg/dL	6 - 20

Fuente: Autores.

Se puede ver en la Tabla 5 que los valores de creatinina y BUN están sin alteraciones.

5. Conclusión y Sugerencias

Este caso subraya la importancia de un enfoque integral en el diagnóstico de apendicitis aguda, especialmente cuando se presentan síntomas atípicos. Aunque el dolor en fosa iliaca derecha es característico de apendicitis aguda, la presencia de una úlcera gástrica perforada evidencia la necesidad de incluir diagnósticos diferenciales en cuadros prolongados o inusuales, así como la realización de estudios de imagen para evitar la realización de procedimientos inadecuados.

El síndrome de Valentino, en el que una úlcera perforada imita las manifestaciones clínicas de una apendicitis aguda, es un ejemplo de esto. La irritación química provocada por la perforación gástrica puede generar síntomas abdominales similares. El diagnóstico definitivo fue confirmado por laparotomía exploratoria, revelando tanto una úlcera perforada como inflamación apendicular; por lo tanto se debe destacar la relevancia que pueden tener los diferentes procedimientos que ayudan a tener una mayor precisión diagnóstica.

El tratamiento quirúrgico, que incluyó apendicectomía y reparación de la úlcera con parche de epiplón, fue exitoso, con una evolución postoperatoria sin complicaciones. Este caso enfatiza la importancia de un abordaje diferencial amplio en el abdomen agudo y el rol crucial de la cirugía exploratoria para diagnósticos complejos.

La poca frecuencia del caso presentado en el documento representa un campo abierto para nuevas investigaciones con otras metodologías y con alcances diferentes para lograr aumentar el conocimiento sobre el tema dentro de la sociedad científica, una sugerencia es el desarrollo de investigaciones que determinen los factores de riesgo de presentar este síndrome o el desarrollo de guías de práctica clínica frente a esa presentación y de este modo evitar las consecuencias negativas que tiene el diagnóstico tardío o el abordaje incompleto de un posible paciente con síndrome de Valentino.

Referencias

- Allende, M., Manazzoni, D., Pérez, T., & colaboradores. (2023). Adenoma de las glándulas de Brunner: Causa infrecuente de hemorragia digestiva alta. Reporte de caso. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 53(2), 193-6. <https://doi.org/10.52787/agl.v53i2.313>.
- Amann, C. J., Austin, A. L., & Rudinsky, S. L. (2017). Valentino's Syndrome: A Life-Threatening Mimic of Acute Appendicitis. *Clinical Practice and Cases in Emergency Medicine*, 1(1), 44-6. <https://doi.org/10.5811/cpcem.2016.11.32571>.
- Arumugam Jr, B., Giridharan, B., Prabhakar, R., & Shanmugasundaram, P. N. (2022). Syndrome Valentino From a De Novo Aetiology - Acute Pancreatitis. *Cureus*, 14(1), e21360. <https://doi.org/10.7759/cureus.21360>.
- Carmo, F. K., Cubillos, F. S., & Schoijet, I. M. (2023). Valentino's Syndrome: from History to Images. A Case-Based Literature Review. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana/Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 53(2), 188-192. <https://doi.org/10.52787/agl.v53i2.313>.
- Casarin, S. T. et al. (2020). Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do Journal of Nursing and Health. *Journal of Nursing and Health*. 10(5). <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/19924>.
- Cavalcante, L. T. C. & Oliveira, A. A. S. (2020). Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. *Psicol. Rev.* 26(1). <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2020v26n1p82-100>.
- Dai, L., Shah, M. M., & Rosenblatt, S. (2018). Perforated gastric remnant ulcer after laparoscopic gastric bypass. *BMJ Case Reports*, bcr2017222190. <https://doi.org/10.1136/bcr-2017-222190>.

- Estrela, C. (2018). *Metodologia Científica: Ciência, Ensino, Pesquisa*. Editora Artes Médicas.
- Gall, W. J. & Talbot, C. H. (1964). Perforated gastric ulcer. *The British journal of surgery*, 51, 500–3. <https://doi.org/10.1002/bjs.1800510708>.
- Gamboia Molina, L., Molina Raad, V., & Carmenate Mora, I. (2023). Actualización sobre la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la úlcera péptica. *Universidad Médica Pinareña*, 20, e709. <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/709>.
- Hurtado, J. L. V. et al. (2020). Síndrome de Valentino: una causa no común de abdomen agudo. Reporte de un caso. *Revista Médica HJCA* 12(3), 231-231.
- Hussain, K., Munir, A., Wahla, M. S., & Masood, J. (2016). Valentino's Syndrome: Perforated Peptic Ulcer Mimicking Acute Appendicitis Managed Through Rutherford Morrison Incision. *Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan: JCPSP*, 26(8), 727–8.
- Jaboury, I. A. (2020). Valentino syndrome: case report and review of literature. *ANZ Journal Of Surgery*, 90(5), 940-1. <https://doi.org/10.1111/ans.15883>.
- Machaku, D., Suleman, M., Mduma, E., & Nkoronko, M. (2023). Valentino's syndrome: a bizarre clinical presentation. *Journal of surgical case reports*, 2023 (2), rjad035. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjad035>.
- Mahajan, P. S., Abdalla, M. F., & Purayil, N. K. (2014). First Report of Preoperative Imaging Diagnosis of a Surgically Confirmed Case of Valentino's Syndrome. *Journal of clinical imaging science*, 4, 28. <https://doi.org/10.4103/2156-7514.133263>.
- Mahajan, P. S., Abdulmajeed, H., Aljafari, A., Kollari, J. J., Dawdi, S. A., & Mohammed, H. (2022). A Cautionary Tale: Unveiling Valentino's Syndrome. *Cureus*, 14(2), e22667. <https://doi.org/10.7759/cureus.22667>.
- Martinino, A., Bhandari, M., Abouelazayem, M., Abdellatif, A., Koshy, R. M., & Mahawar, K. (2022). Perforated marginal ulcer after gastric bypass for obesity: a systematic review. *Surgery for obesity and related diseases : official journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 18(9), 1168–75. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2022.05.024>.
- Noussios, G., Galanis, N., Konstantinidis, S., Mirelis, C., Chatzis, I., & Katsourakis, A. (2020). Valentino's Syndrome (with Retroperitoneal Ulcer Perforation): A Rare Clinico-Anatomical Entity. *The American journal of case reports*, 21, e922647. <https://doi.org/10.12659/AJCR.922647>.
- Pereira A. S. et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica. [free e-book]*. Ed. UAB/NTE/UFMS.
- Rodrigo, V., de Silva, G., Jayasinghe, D., Thalagaspitiya, S., Srishankar, S., Wickramaratne, D., & Karunadasa, M. (2022). Valentino's syndrome: A rare and lethal differential diagnosis for acute appendicitis. *SAGE open medical case reports*, 10, 2050313X221132069. <https://doi.org/10.1177/2050313X221132069>.
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paul. Enferm.* 20(2). <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.
- Tiesenga, F., Adorno, L. F., Udoeyop, D., Dinh, V., Ahmed, S., Sharma, A., & Sharma, K. (2023). Perforated Marginal Ulcer. *Cureus*, 15(4), e38127. <https://doi.org/10.7759/cureus.38127>.
- Villamil-Angulo, C. J., Pérez Calvo, D., Villamil Castro, N. A., Rey Chaves, C. E., & Conde, D. (2023). Valentino's syndrome: Simulation of acute appendicitis in the context of peptic ulcer perforation. Case report and literature review. *International journal of surgery case reports*, 105, 108064. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.108064>.
- Yin, R. K. (2015). *O estudo de caso*. Bookman.
- Zhu, C., Badach, J., Lin, A., Mathur, N., McHugh, S., Saracco, B., Adams, A., Gaughan, J., Atabek, U., Spitz, F. R., & Hong, Y. K. (2021). Omental patch versus gastric resection for perforated gastric ulcer: Systematic review and meta-analysis for an unresolved debate. *American journal of surgery*, 221(5), 935–941. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.07.039>.