

Negligencia médica en el Síndrome de Valentino: La autopsia de un mito

MANUEL ANTONIO GREZ IBÁÑEZ,¹ VALENTINA UBAL CASTAÑEDA,² JORGE SANDOVAL B.³

Medical negligence in Valentino Syndrome: The autopsy of a myth

1. Servicio de Cirugía Hospital de Curicó, Chile. Orcid: 0000-0002-1243-3490

2. Facultad de Medicina, Universidad de Talca, Chile. Orcid: 0009-0005-4877-9118

3. Facultad de Medicina, Universidad de Talca, Chile. Orcid:0009-0005-5806-700X

Correspondencia

Manuel Grez Ibañez
magrezster@gmail.com

Enviado: 21-12-2024

Aceptado: 18-02-2025

Abstract

Valentino Syndrome (VS) has been defined in the medical literature as chemical irritation of the cecal appendix due to the accumulation of peritoneal fluid in the right parietocolic leak secondary to a perforated gastric ulcer (PGU) that produces diagnostic confusion of acute appendicitis. Also describing another variant produced by the perforation of a duodenal ulcer in the retroperitoneal space. Its eponym would derive from one of the first medical negligence reports for the medical care received by the actor Rodolfo Valentino in 1926. In this case, the diagnosis was confused, he underwent surgery for a healthy appendix and whose autopsy after eight days showed acute peritonitis resulting from a UGP.

It is known that Valentino was treated in the best hospital in New York by three eminent and wise doctors. His medical epicrisis is also available, written by his surgeon, so we also know that the diagnosis and his surgery were correct. He died due to medical reasons due to septicemia, since at that time antibiotic therapy was not yet discovered. Everything described above suggests that VS would be a myth and there would be no medical negligence.

Keywords: *Valentino's syndrome, perforated gastroduodenal ulcer, acute appendicitis, medical negligence.*

Resumen

Introducción: *Se ha definido en la literatura médica al Síndrome de Valentino (SV) como la irritación química del apéndice cecal debido a la acumulación de líquido peritoneal en la gotera parietocólica derecha secundaria a una úlcera gástrica perforada (UGP) que produce la confusión diagnóstica con una apendicitis aguda. Descubriéndose también otra variante, producida por la perforación de una úlcera duodenal en el espacio retroperitoneal. Su epónimo deriva, de una de las primeras negligencias médicas reportadas por la atención médica recibida por el actor Rodolfo Valentino el año 1926, en la cual, al confundirse el diagnóstico, se le operó un apéndice sano y cuya autopsia, después de ocho días, mostró una peritonitis aguda producto de una UGP.*

Se sabe que Valentino fue atendido en el mejor hospital de Nueva York por tres eminentes y sabios médicos. También se dispone de su epicrisis médica escrita por su cirujano, por lo que también sabemos que el diagnóstico y su cirugía fue la correcta. Falleció debido a una septicemia, ya que en esa época aún no se descubría la antibioticoterapia. Todo lo anteriormente descrito sugiere que el SV sería un mito y no existiría negligencia médica.

Palabras claves: Síndrome de Valentino, úlcera gastroduodenal perforada, apendicitis aguda, negligencia médica

Introducción

El síndrome de Valentino (SV) “clásico”

El SV fue definido hace más de cinco décadas en la literatura médica como «un dolor localizado en el epigastrio, que rápidamente se difunde por todo el abdomen, especialmente al cuadrante inferior derecho, en donde la peritonitis química, producto de una úlcera péptica, gástrica o de bulbo duodenal perforada, desciende por la gotera parietocólica derecha, donde puede imitar una apendicitis». Esta definición de Glasgow¹ del año 2002 es la referencia más antigua que hemos encontrado, aunque Bruguera,² el médico historiador, informa en su artículo que, en la década de los años veinte y treinta del siglo pasado, el reporte de este síndrome era frecuente. Posteriormente, diferentes autores han reportado casos clínicos con este síndrome «clásico» en que los pacientes fueron operados por la sospecha diagnóstica de una apendicitis aguda y que en la laparotomía se encontraba un apéndice vermiforme sin infección y una peritonitis química por una UGP a la cavidad abdominal. En 2005, Hsu,³ del Hospital Universitario Nacional de Taiwán, reportó el caso de una mujer con un embarazo de cinco meses y en 2012 Wijegoonewardene⁴ comunica el caso de una mujer de treinta años que fue sometida a una apendicectomía laparoscópica. En el 2015, el docente cubano de cirugía Fojo,⁵ reportó un caso clínico de este síndrome con una úlcera gástrica que debutó como apendicitis aguda. En 2018 Zuluaga⁶ de Colombia, comenta el caso de una mujer de treinta y ocho años, concluyendo que «a este síndrome, dada su génesis y su consecuente infradiagnóstico y mane-

jo, se le debería otorgar singular importancia y mantenerlo como diagnóstico diferencial, no solo por lo desafiante, sino por la considerable mortalidad que conllevaba». Ese mismo año, Mohan⁷ publicó otro caso, de un joven de la misma edad con el mismo síndrome. En 2019, Cherry⁸ del Hospital Universitario de Texas, USA, publicó un caso en una mujer de veinticuatro años. En 2023, Kara⁹ radióloga de Santiago de Chile, reportó recientemente el caso de un hombre con una úlcera gastro-pilórica complicada con peritonitis secundaria, en el cual se obtuvieron imágenes mediante un TAC abdominal.

Variantes etiológicas y anatómicas del SV

Décadas después se han considerado como variantes de este síndrome algunos casos de úlceras duodenales posteriores perforadas al retroperitoneo, basado en el cuadro clínico, los exámenes radiológicos y los hallazgos quirúrgicos, que se caracteriza por la acumulación de gas y fluidos intestinales en el **retroperitoneo derecho**. En 2006, Wang¹⁰ reportó el nuevo signo radiológico patognomónico del velamiento del riñón derecho con neumoretroperitoneo secundario a un SV. En 2014, Mahajan¹¹ radiólogo de Doha, Qatar, describió este síndrome como «una perforación retroperitoneal de una úlcera duodenal posterior perforada que causaba dolor en el cuadrante inferior derecho, simulando una apendicitis aguda», reportando el caso clínico de un joven de 21 años. En el año 2020, Noussios¹² reportó el caso clínico de un adulto de 51 años con historia de úlcera duodenal de diez años de evolución. En Madrás, Gowtham¹³ reportó el

caso de un joven de 22 años que consultó con clínica de apendicitis aguda y las imágenes de la TAC mostraron un neumoretroperitoneo perirrenal derecho (signo «del velamiento del riñón derecho», antes descrito por Wang¹⁰), lo que permitió un diagnóstico precoz, el cual fue confirmado en una laparotomía que reveló una perforación de la segunda porción duodenal al retroperitoneo. En 2023, Rodrigo¹⁴ de Sri Lanka, reportó el caso de una mujer de 36 años en la cual una relaparotomía confirmó una úlcera duodenal posterior. De Virgilio¹⁵ describe al Síndrome de Valentino como: “un dolor que se presenta en el cuadrante superior derecho abdominal causado por una úlcera duodenal con perforación al retroperitoneo”, que se enseña actualmente en un libro para residentes de cirugía. Machaku,¹⁶ 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, realizó una laparotomía que evidenció un litro de líquido turbio peritoneal, adherencias múltiples, el apéndice cecal inflamado y una perforación antro pilórica anterior, proponiendo una nueva clasificación según los hallazgos del TAC preoperatorio: una variante de SV con neumoperitoneo por la perforación del estómago o primera porción duodenal y una segunda forma con neumoretroperitoneo por perforación duodenal al retroperitoneo y velamiento del riñón derecho. En una reciente publicación del año 2022, Arumugam¹⁷ comunicó 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 un TAC abdominal.

“Un lamentado fracaso y error médico”

En el año 2012, Wijegoonewardene⁴ comenta que, en el caso de Valentino, el diagnóstico clínico fue una apendicitis aguda, por lo que se le operó de urgencia, realizando una extirpación de un apéndice sano, sin confirmar el

diagnóstico preoperatorio, después de lo cual se le dejó evolucionar, falleciendo al final de una peritonitis aguda con falla multiorgánica. Posterior a su muerte, se le habría realizado una autopsia con la finalidad de certificar la causa de ésta, encontrándose sorpresivamente una úlcera péptica perforada, origen de su cuadro clínico que no fue sospechado ni diagnosticado en un principio, afirmación publicada en una revista de cirugía que ha sido utilizada posteriormente como referencia. Fojo⁵ el año 2015, en su reporte se preguntaba: «¿Por qué denominamos a este cuadro SV?», contestando así mismo: «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**. Mohan⁷ el año 2018 y Cherry⁸ el año 2019, comentarían más tarde en sus reportes las mismas aseveraciones, basándose en algunos de los autores mencionados previamente, y utilizándolos como referencia en su bibliografía para fundamentar dichas afirmaciones, al igual que Kara⁹ en su reciente publicación sobre este síndrome.

Los hechos

Rodolfo Valentino fue un joven italiano nacido en el año 1895 que viajó a Norteamérica llegando a convertirse en el más famoso ídolo del cine mudo y un “latin lover” por excelencia en Hollywood durante los años veinte (Figura N°1). En el mes de agosto de 1926, Valentino se hospedaba en el hotel Ambassador de Nueva York promocionando su última película. La mañana del 15 de agosto, habiendo ingerido una copiosa comida la noche anterior en una “trattoria” de Manhattan, desayunó en su habitación, tras lo cual sufrió una fulminante pérdida de conciencia en presencia de su ma-

nager y amigo George Ulman, retardándose varias horas en trasladarlo al Servicio de Urgencia del Hospital de la Policlínica de la misma ciudad (Figura N°2), ingresando en grave estado. Allí fue evaluado por el cirujano que lo esperaba, el Dr. Harold Denman Meeker, de cincuenta años, con gran experiencia quirúrgica y trayectoria laboral de veintiún años en ese hospital, quien sería conocido para la posteridad como “el cirujano de Valentino”. El Dr. Meeker luego de la evaluación inicial en Urgencia, efectuó un precoz y certero diagnóstico, seguido de una correcta conducta quirúrgica, realizando una laparotomía exploradora de urgencia que confirmó la presencia de una avanzada peritonitis aguda complicada secundaria a una úlcera gástrica perforada. La evolución postquirúrgica, inicialmente satisfactoria, se complicó con una falla multisistémica por sepsis en una época previa al uso de los antibióticos. En una carta dactilográfica redactada una semana posterior al fallecimiento de Valentino, el cirujano describió en detalle el diagnóstico, la cirugía y el tratamiento que éste recibió, la que luego fue publicada en el periódico The New York Times¹⁸ (Figura N°3). En ella, detalla que Valentino ingresó a las 17:15 hrs de esa tarde, con gran dolor abdominal, taquicárdico y febril, con un **abdomen en tabla**, planteándose de inmediato el diagnóstico de peritonitis aguda por una úlcera péptica perforada y se propuso de inmediato su traslado a pabellón para realizar una laparotomía de urgencia. En forma complementaria los autores biográficos de Valentino, Ellengerger y Bellerini refieren en su libro sobre ese tema, que Valentino habría ingresado a pabellón a las 18:30 hrs, antes de una hora de ingresado a urgencia, para ser intervenido por el equipo quirúrgico formado por los Dr. Meeker, acompañado el Dr. Golden R. Battey cirujano senior del staff de la Policlínica y por el Dr. G Randolph Manning MD FACG (Fellow of American College of Gastroenterology) especialista en enfermedades gástricas, en una

cirugía que duraría como tres horas.

Se accedió a la cavidad abdominal a través de una laparotomía paramediana derecha supra e infraumbilical, encontrándose en el espacio intraperitoneal abundante cantidad de líquido libre, partículas alimentarias y la serosa visceral de los órganos intraperitoneales cubierta por una gruesa capa de fibrina. En la cara anterior de la región prepilórica se visualizó un orificio redondo de 1 cm de diámetro con bordes necróticos de medio centímetro a 3 cm del píloro y a 2 cm de la curvatura menor, a través de la cual fluía el 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, causando una obstrucción intestinal parcial (Figura N°4). El tratamiento quirúrgico incluyó un prolijo aseo peritoneal con aspiración de fluidos, posteriormente efectuó una resección de los bordes necróticos y una rafia de la úlcera, agregando un parche doble de epiplón con trozos del omento menor y del epiplón mayor, dejando finalmente un drenaje tubular en la región prepilórica que se fijó con un punto de catgut. Además, se debió realizar una apendicectomía de necesidad, dado que se evidenciaron bridas que habían desencadenado una obstrucción intestinal parcial, dejando un segundo drenaje en la fosa iliaca derecha (Figura N°5). El paciente, durante el pre, intra y postoperatorio inmediato, permaneció en shock, con taquicardia de hasta 140 latidos por minuto. Valentino en el postoperatorio inmediato evoluciona satisfactoriamente con ausencia de débito por los drenajes al tercer día, una estabilización progresiva hacia el quinto día con normalización del pulso y de la temperatura y mejoría del estado de conciencia. Al sexto día presenta un dolor punzante en el costado izquierdo, fiebre y escalofríos debido a una neumonía bacteriana, al día siguiente se agregan soplos cardíacos secundarios a una endocarditis bacteriana

y fallece la noche del octavo día “sobrepasado por la sepsis”. Dejándose en una capilla ardiente en la funeraria Camphel (Figura N°6), donde recibió una gran multitud de visitas.

Conclusión

El informe escrito por el Dr. Meeker, cirujano que atendió a Valentino en su última enfermedad es un documento médico-quirúrgico histórico que detalla lo realmente acontecido en el caso de Rodolfo Valentino, constituye una evidencia categórica de lo ocurrido en su última enfermedad y de la cirugía de urgencia realizada. Al analizar este documento y comparar las publicaciones posteriores que utilizan el epónimo, queda claro que la descripción del síndrome, sus variantes y sus conclusiones no se relacionan con lo acontecido al actor y que en realidad el SV es más que nada un mito.

²⁰ Este equívoco es básicamente producto de la falta rigurosidad de numerosos autores que no consultaron las fuentes médicas originales respecto de la atención médica recibida por el famoso actor. Algunas citas bibliográficas destacan los hallazgos de la autopsia de Valentino, examen tanatológico que nunca se habría realizado.²⁰ Si existe alguna relación entre una úlcera péptica perforada y la inflamación secundaria del apéndice, asociación que la literatura señalada designa como SV, ello es muy discutible e indudablemente no es lo que ocurrió en el caso de Valentino. La irritación inicialmente química y posteriormente infecciosa secundaria a la perforación de una úlcera péptica afecta la serosa de todos los órganos de la cavidad peritoneal, es decir, provoca una serositis que no es exclusiva del apéndice cecal. Las variantes “retroperitoneales” del SV son aún más difíciles de concebir desde el punto de vista anatómo-quirúrgico.²⁰

Referencias

1. Glasgow RE, Mulvihill SJ. Abdominal Pain including the Acute Abdomen. En: Ed Feldman MF, Friedman LS, Sleisenger MH, Saun-

ders WB. *Gastrointestinal and Liver Disease* 7th Ed. Philadelphia; 2002. p. 71-83.

2. Brugera M. La síndrome de Valentino es diu així perquè és la síndrome que va causar la mort a l'actor Rodolfo Valentino (1895 – 1926). 2023 <https://miquelbrugera.blog/2023/11/27/sindrome-rodolfo-valentino/>.

3. 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;23:217-218. doi: 10.1016/j.ajem.2004.04.037.

4. 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.

5. Fojo FJ. Síndrome de Valentino. *Galenus* 2015;91(1). <https://www.galenusrevista.com/sindrome-de-valentino/>.

6. Zuluaga-Arbeláez N, Uribe-Castaño S, Machado-Rivera FA. Síndrome de Valentino: úlcera péptica perforada simulando apendicitis aguda. *Ces Med.* 2018;32(1):74-78. doi: 10.21615/cesmedicina.32.1.9.

7. 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.

8. 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.

9. Kara Carmo, F., Santorcuato Cubillos, F., & Maldonado Schoijet, I. Síndrome de Valentino: de la historia a las imágenes. Revisión de la literatura basada en un caso clínico. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2023;53(2):188-92. doi: 10.52787/agl.v53i2.313

10. Wang H-P, Su W-C. Images in clinical medicine. Veiled Right Kidney Sign in a Patient with Valentino's Syndrome. *N Engl J Med.* 2006;354(10): e9. doi: 10.1056/NEJ-Micm050410.

11. 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;4:28 doi: 10.4103/2156-7514.133263.
12. 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: e922647-1–e922647-4. doi: 10.12659/AJCR.922647.
13. Devi P, Selvi M, Gowtham B, Kannan. Retroperitoneal duodenal ulcer mimicking appendicitis associated with Valentino's syndrome. *Indian J of Research*. 2022;11(3)29-31. doi: 10.36106/paripex.
14. Rodrigo V, de Silva G, Jayasinghe D, Thalgaspitiya S, Srishankar S, Wickramaratne D, Karunadasa M. Valentino's syndrome: A rare and lethal differential diagnosis for acute appendicitis. *SAGE Open Med Case Rep*. 2022 10:2050313X221132069. doi: 10.1177/2050313X221132069.
15. De Virgilio C, Grigorian. *A Review of surgery for Absite and Boards*. 2ª ed. 2017. Philadelphia: Elsevier; 2017.
16. Machaku D, Suleman M, Mduma E, Nkoronko M. Valentino's syndrome: a bizarre clinical presentation. *J Surg Case Rep*. 2023;2023(2): rjad035. doi: 10.1093/jscr/rjad035.
17. Arumugam B Jr, Giridharan B, Prabhakar R, Shanmugasundaram PN. Syndrome Valentino From a De Novo Aetiology-Acute Pancreatitis. *Cureus*. 2022;14(1): e21360. doi: 10.7759/cureus.21360.
18. The New York Times; Surgeon explains Valentinó 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.” 1926. <https://www.nytimes.com/1926/09/04/archives/surgeon-explains-valentinos-death-dr-meeker-describes-in-detail-the.html>.
19. Ellengerger AR, Bellerini E. *The Valentino Mystique: The Death and Afterlife of the Silent Film Idol*. Jefferson, N.C: McFarland & Co; 2005.
20. Grez M, Salazar M. Informe quirúrgico de Valentino y su mítico síndrome. *Avance Online*. 2024. doi: 10.20960/rhh.00550.



Figura N°1. Fotografía del actor ídolo del cine mudo Rodolfo Valentino.



Figura N° 2. Hospital de la Policlínica ubicado en la calle 50 Oeste de Nueva York, Manhattan, donde fue atendido Rodolfo Valentino en el año 1926. Antigua foto Circa 1920.

The New York Times

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 N°3. Titular de la página N° 3 del mismo diario fechado el 4 de septiembre de 1926 que incluye una pequeña explicación de la carta escrita por el Dr Meeker para “ayudar a cualquier posible investigación”. Describe en detalle el diagnóstico, operación y tratamiento del actor que falleció “abrumado por la sepsis” (Imagen disponible en la web).

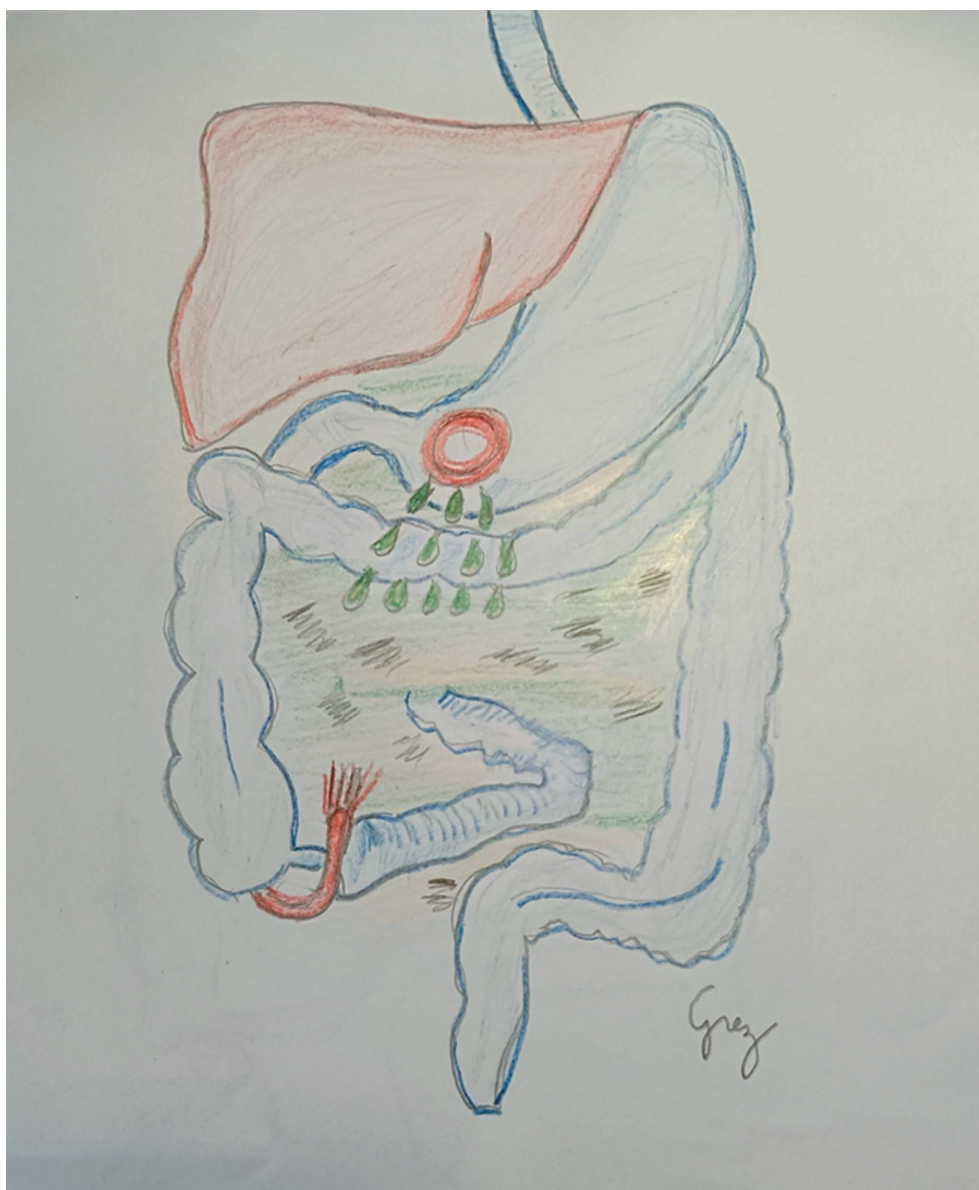


Figura N°4. Dibujo que esquematiza los hallazgos operatorios descritos por el Dr Meeker en su protocolo quirúrgico: Una avanzada peritonitis aguda difusa con abundante líquido libre en cavidad peritoneal, fibrina y restos alimentarios. Una perforación ulcerosa de 1 cm de diámetro en cara anterior prepilórica, con bordes necróticos de 0.5 cm. Un apéndice cecal con gruesa brida de fibrina que comprimía parcialmente el íleon terminal.

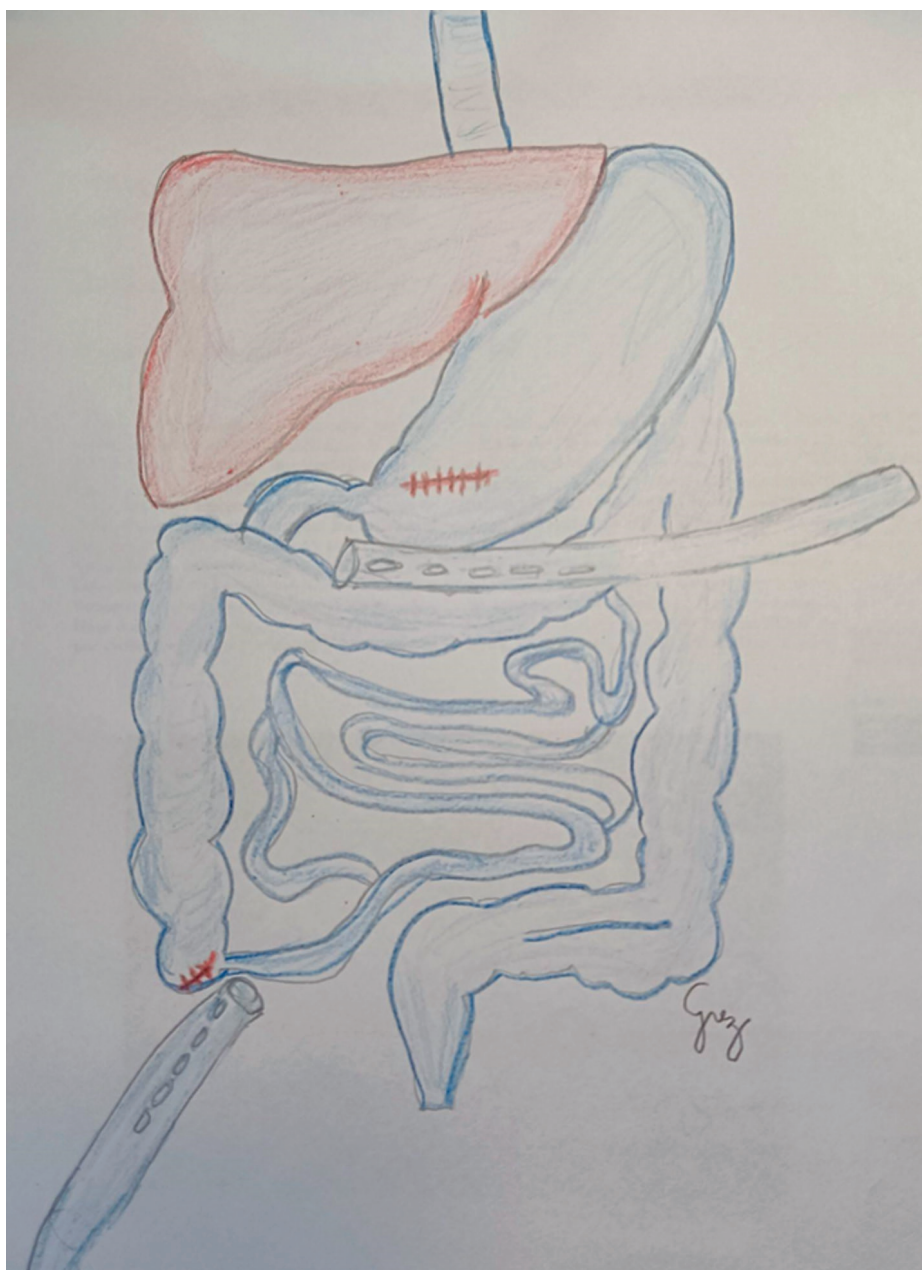


Figura N°5. Dibujo que esquematiza lo realizado, descritos por el Dr Meeker según su protocolo quirúrgico: Prolijo aseo quirúrgico. Resección de bordes necróticos de hernia con gastrorrafia de la misma (no se incluyó dibujo de doble parche de epiplón). Appendicectomía de necesidad. Colocación de dos tubos de drenaje tubular en espacio prepilórico y periapendicular.



Figura N°6. Fotografía de la capilla ardiente con el cadáver del fallecido Rodolfo Valentino.