

LIMFADENOPATIA  
ABDOMINALĂ NESPECIFICĂ –  
CAUZĂ A SINDROMULUI  
PSEUDOABDOMINAL

CZU: 616.428-06-084:617.55-009.7

Anatolie SCORPAN<sup>1</sup>, Doina CERBARU<sup>1</sup>,  
Mihaela STOICA<sup>1</sup>, Alina SCURTU<sup>2</sup>, Valeriu ISTRATI<sup>1</sup>,  
Oxana SÂRBU<sup>1</sup>, Ghenadie CALIN<sup>1</sup>,  
Ecaterina MUNTEANU<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Disciplina medicină internă-semiologie,  
IP USMF Nicolae Testemițanu

<sup>2</sup>IMSP Spitalul Raional Râbnita

[https://doi.org/10.52556/2587-3873.2025.2\(104\).28](https://doi.org/10.52556/2587-3873.2025.2(104).28)

## Rezumat

Durerile abdominale acute și cronice sunt acuze frecvente la camera de urgență, cauzele variind de la cele benigne la complicații letale. Printre aceste cauze sunt și maladiile sistemului hematopoietic: leucemii, limfoame, patologii ale splinei. În dependență de tipul afecțiunii și evoluția sa clinică, se poate manifesta ca abdomen acut. S-a efectuat un studiu de analiză a literaturii relevante din baza de căutare PubMed a Centrului Național de Informații Biotehnologice din anii 2015-2025 și s-a analizat un caz clinic. Pacienții diagnosticați cu leucemii, limfoame sau care au suportat ruptură de splină prezintă tablou clinic nespecific: durere abdominală acută și cronică, febră, greață, vomă, distensie abdominală, care mimează sindromul abdominal de o cauză digestivă. În studiile clinice, leucemia acută limfoidă și mieloidă se soldează cu apendicită în 4,4% din cazuri și tiflită până la 10% din cazuri. Celulele pot cauza obstrucția luminală a apendicelui vermicular sau infiltrază direct organele. Rareori, abdomenul acut rezultă din limfom apendicular primar, prezentând simptome de apendicită clasică, adițional cu masă palpabilă în cvadrantul inferior drept. Leucemia mieloidă acută cu leukostază în splină poate duce la ruptura non-traumatică a acesteia, cu manifestări de durere în partea superioară stângă a abdomenului, dereglări hemodinamice și șoc circulator. Majoritatea pacienților cu semne de sindrom abdominal suferă de o cauză digestivă, în cazuri mai rare etiologia este afectarea sistemului hematopoietic. Neglijarea acestor cauze scade din șansele de supraviețuire a pacientului, iar anamneza și examenul fizic amănunțit sunt esențiale pentru diagnostic diferențial reușit și prevenirea complicațiilor grave.

**Cuvinte-cheie:** durere abdominală, leucemie, sindrom abdominal, sistem hematopoietic

## Summary

### Disorders of the hematopoietic system - cause of pseudoabdominal syndrome

Acute and chronic abdominal pain are common complaints in emergency room, with causes ranging from benign to lethal complications. Among these causes are the hematopoietic system diseases: leukaemias, lymphomas, spleen pathologies. Depending on the type of disease and its clinical course, it may manifest as abdominal syndrome. A literature review of the relevant literature from the PubMed searchable database of the National Centre for Biotechnology Information from 2015-2025 was conducted and was analyzed a clinical case. Patients diagnosed with leukaemias, lymphomas or who have sustained spleen rupture present non-specific clinical picture: acute and chronic abdominal pain, fever, nausea, vomiting, abdominal distention mimicking abdominal syndrome of a digestive cause. In clinical trials, acute lymphoid and myeloid leukaemia probes with appendicitis in 4.4% cases and typhlitis up to 10%. The cells may cause luminal obstruction of the

vermicular appendix, or directly infiltrate the organs. Rarely, acute abdomen arises from primary appendiceal lymphoma, presenting symptoms of classic appendicitis, additionally with palpable mass in the right lower quadrant. Acute myeloid leukaemia with leukostasis in the spleen may lead to non-traumatic spleen rupture, with manifestations of pain in the left upper left abdomen, haemodynamic derangements and circulatory shock. Although the majority of patients with signs of abdominal syndrome suffer from a digestive cause, in rarer cases the aetiology is haematopoietic system damage. Neglecting these causes decreases the patient's chances of survival, so thorough history and physical examinations are essential for successful differential diagnosis and serious complications prevention.

**Keywords:** abdominal pain, leukemia, abdominal syndrome, hematopoietic system

## Резюме

### Нарушения кроветворной системы – причина псевдоабдоминального синдрома

Острые и хронические боли в животе – частые жалобы в отделении неотложной помощи, причины которых варьируются от доброкачественных до опасных для жизни осложнений. Среди этих причин – заболевания кроветворной системы: лейкозы, лимфомы, патологии селезенки. В зависимости от типа заболевания и его клинического течения оно может проявляться в виде острого живота. Был проведен обзор релевантной литературы из поисковой базы данных PubMed Национального центра биотехнологической информации за 2015-2025 гг., а также был analyzed клинический случай. У пациентов с лейкозами, лимфомами или перенесших разрыв селезенки наблюдается неспецифическая клиническая картина: острая и хроническая боль в животе, лихорадка, тошнота, рвота, абдоминальная дистензия, имитирующая абдоминальный синдром пищеварительной причины. В клинических исследованиях при остром лимфоидном и миелоидном остром лимфоидном лейкозе аппендицит встречается в 4,4% случаев, а тифлит – до 10%. Клетки могут вызывать люминальную обструкцию верхушечного аппендикса или непосредственно инфильтрировать органы. В редких случаях острый живот возникает из-за первичной аппендикулярной лимфомы, проявляясь симптомами классического аппендицита, а также пальпируемым образованием в правом нижнем квадранте. Острый миелоидный лейкоз с лейкостазом в селезенке может привести к нетравматическому разрыву селезенки с проявлениями боли в левой верхней части живота, гемодинамическими нарушениями и циркуляторным шоком. Несмотря на то что у большинства пациентов с признаками абдоминального синдрома причиной

*является пищеварительная система, в более редких случаях этиология связана с поражением кроветворной системы. Игнорирование этих причин снижает шансы пациента на выживание, а тщательный сбор анамнеза и физикальное обследование необходимы для успешной дифференциальной диагностики и предотвращения серьезных осложнений.*

**Ключевые слова:** абдоминальная боль, лейкоз, абдоминальный синдром, гемопоэтическая система

## Introducere

Durerile abdominale reprezintă frecvent o provocare diagnostică în practica medicală, întrucât nu există întotdeauna repere clinice specifice care să permită diferențierea între patologiile comune și cele rare. Durerea abdominală acută este una dintre cele mai frecvente prezentări la camera de urgență, având o etiologie variabilă – de la afecțiuni benigne până la condiții ce pot pune viața în pericol și care necesită intervenție urgentă [1]. Diagnosticul diferențial este vast, incluzând infecții, procese inflamatorii, ocluzii vasculare, disecții aortice, patologii urogenitale, obstrucții intestinale, tumori nediate diagnosticate sau rupturi vasculare. Deși, în majoritatea cazurilor, simptomatologia abdominală acută este de cauză digestivă, există și situații în care aceasta mimează un abdomen acut, dar are o etiologie extradigestivă, cum ar fi afectarea sistemului hematopoietic [2]. Astfel de afecțiuni includ leucemii, limfoame sau rupturi splenice, care, în funcție de tip, agresivitate și incidență, se pot manifesta printr-un tablou clinic abdominal nespecific, definind așa-numitul „sindrom pseudoabdominal” [3].

**Scopul** lucrării este identificarea cauzelor extradigestive ale durerii abdominale cu accent pe particularitățile clinice ale sindromului pseudoabdominal de etiologie hematologică în vederea stabilirii unui diagnostic diferențial corect și a unei conduite terapeutice adecvate.

## Material și metode

A fost realizată revista literaturii științifice din perioada 2015–2025, din baza de căutare PubMed a Centrului Național de Informații Biotehnologice. Căutarea a vizat articole relevante despre manifestările abdominale în leucemii, limfoame și alte afecțiuni hematologice, folosind cuvinte-cheie : „durere abdominală”, „sindrom pseudoabdominal”, „leucemie”, „limfom”, „boli hematologice”, combinate între ele. Pe baza acestor date a fost analizat un caz clinic sugestiv, cu simptomatologie abdominală nespecifică, fără cauză digestivă identificabilă, dar cu evoluție sugestivă pentru patologie hematologică. Corelarea cu datele din literatură a evidențiat importanța recunoașterii sindromului pseudoabdominal ca posibilă manifestare a bolilor hematologice.

## Rezultate

### Prezentarea cazului clinic

Pacienta de 25 de ani la 27.12.2024 se prezintă cu următoarele acuze: dureri colicative în abdomen, scaun instabil, meteorism, fiind percepute timp de o lună. Factorii declanșatori nu au fost cunoscuți. După efectuarea examenului ecografic abdominal, s-a constatat următoarele: dimensiunile pancreasului 16,5 mm cap cu textură tisulară omogenă, 11,5 mm corp cu contur regulat și 16,5 mm coada cu ecogenitate sporită moderat, concluzionând investigația cu schimbări difuze moderate în parenchimul pancreasului.

Adițional, s-a realizat examenul ecografic al bazinei mic, transvaginal, cu stabilirea tabloului ecoscopic sugestiv pentru chist hemoragic al ovarului stâng. Anamneza ereditară nefiind agravată, conform simptomelor digestive supărătoare, a fost stabilit diagnosticul de Sindrom al colonului iritabil asociat colecistopancreatitei cronice. La efectuarea repetată a ultrasonografiei abdominale, pe 29.01.2024, s-a observat o creștere totală a ganglionilor limfatici până la 50 mm în cavitatea abdominală cu suspjecție de limfom. La consultația repetată, cu starea generală satisfăcătoare, fără mărirea abdomenului în dimensiune, s-a constatat durere în regiunea epigastrului, pe traiectul intestinului gros și mezogastrului, iar paraombilical pe stânga s-a palpat o formațiune de cca 20x20 cm, dură și dureroasă. Conform datelor, a apărut posibilitatea instalării mononucleozei, după care s-au investigat markerii mononucleozei infecțioase, imunoglobulinele sangvine și ADN-ul viral Epstein-Barr în salivă. Ambele s-au raportat ca pozitive.

Pe 01.02.2025 s-a realizat tomografia computerizată (CT) a organelor cavității abdominale cu contrastare intravenoasă multifazică, cu următoarele concluzii: Limfadenopatie intraabdominală pronunțată în conglomerate (paragastrală, peripancreatică, în hilul hepatic, mezenterială și retroperitoneală, cu efect compresiv asupra venei porte, veziculei biliare, anselor intestinului subtire, axului celiac, arterelor și venelor renale, un tablou CT suspect mai mult pentru mononucleoza infecțioasă. Hepatosplenomegalie. Cantitate moderată de lichid intraperitoneal liber în spațiul Douglas. Opacifierea regională a țesutului adipos mezenterial în mezogastriu. Modificări CT sugestive paniculitei.

Diagnosticul final a fost stabilit ca limfadenopatie intraabdominală pronunțată în conglomerate (paragastrală, peripancreatică, în hilul hepatic, mezenterială și retroperitoneală), cu efect compresiv asupra venei porte, veziculei biliare, anselor intestinului subtire, axului celiac, arterelor și venelor renale.

## Discuții

Conform literaturii de specialitate, cele mai frecvente cauze ale limfadenopatiilor mezenterice sunt reprezentate de afecțiuni infecțioase, inflamatorii și neoplazice. Prezența unor mase ganglionare în cavitatea abdominală, cu simptomatologie nespecifică precum dureri, meteorism, tulburări de tranzit și semne sistemice (febră, scădere ponderală, astenie), ridică problema unui sindrom pseudoabdominal – un tablou clinic care mimează patologia chirurgicală acută, dar care are origine sistemică, de cele mai multe ori hematologică sau infecțioasă. În cazul unui pacient cu dureri abdominale, febră, transpirații nocturne și limfadenopatii mezenterice cu analize de laborator nespecifice și histologie a condus la diagnosticul de bruceloză cu tuberculoză latentă, excluzând limfomul real. Limfadenopatiile abdominale izolate reprezintă aproximativ 1% din cazurile de tuberculoză [17].

Un alt grup important de boli în care se determină limfadenopatii este reprezentat de bolile sistemului hematopoietic, precum: leucemiile, care sunt caracterizate prin diferențierea și proliferarea aberantă a celulelor stem hematopoietice transformate malign. Aceste celule se acumulează în măduva osoasă și duc la suprimarea creșterii și diferențierii celulelor sangvine normale. Simptomele rezultă din diferite grade de anemie, neutropenie și trombocitopenie sau din infiltrarea în țesuturi. În plus, tehnologiile contemporane permit clasificarea precisă a unei clone maligne ca fiind mieloidă, limfoidă B, limfoidă T sau bifenotipă în majoritatea cazurilor [1]. În studiul efectuat pe 9 pacienți pediatrici cu leucemie, diagnosticați ulterior cu abdomen acut care au fost supuși unei intervenții chirurgicale în clinica de hematologie-oncologie pediatrică între iulie 2016 și ianuarie 2021, aceștia au fost examinați retrospectiv. Șapte dintre pacienți au fost diagnosticați cu leucemie acută limfoidă, doi – leucemie acută mieloidă. Apendicita acută a fost raportată cu o frecvență de 0,5-4,4%, tiflita 2,6-10% în diferite studii la pacienți pediatrici cu cancer hematologic. Deși complicațiile și ratele de mortalitate ale intervenției chirurgicale la acești pacienți sunt mai mari decât la pacienții cu sistemul imunitar intact, diagnosticul precoce și managementul simptomatic cresc probabilitatea succesului [4].

Leucemia mieloidă acută (AML) este o afecțiune hematologică malignă caracterizată prin proliferarea necontrolată a celulelor mioide imature în măduva osoasă și, uneori, în sângele periferic. Spre deosebire de leucemiile limfocitare sau limfoame, limfadenopatia nu este o manifestare frecventă în AML, însă poate apărea în formele cu extensie extramedulară, sub formă de clorom (tumoră mieloidă) care poate

infiltra ganglionii limfatici sau alte structuri. Prin urmare, atunci când glandele suprarenale sunt extinse în mod difuz și există o insuficiență suprarenală de cauză necunoscută la un pacient care prezintă abdomen acut, infarctul suprarenal din cauza AML sau alte boli hematologice trebuie excluse [5]. Cauzele insuficienței suprarenale se dovedesc a fi: boli autoimune; boli infecțioase, cum ar fi tuberculoza; metastaze ale tumorilor maligne, cum ar fi cancerul pulmonar, de sân, de stomac, de colon și limfomul [6]. Patogenia insuficienței suprarenale determinate de leucemia acută implică infiltrarea celulelor tumorale, hemoragie, infarct și infecție, cu mieloblaste atipice în măduvă osoasă [7]. În cercetări se menționează că glanda suprarenală are trei vase de intrare, este fragilă din punct de vedere anatomic, cu o singură venă de scurgere și capilare sinusoidale; ca urmare, modificările rapide ale fluxului sangvin pot duce la turbulențe, care predispun pacientul la hemoragie, microembolizare, infarct [8].

Limfomul cuprinde un grup heterogen de tumori maligne hematologice care apar prin proliferarea clonală a limfocitelor în diferite stadii de maturare, afectând în principal țesutul limfatic. O manifestare clinică centrală a limfoamelor este limfadenopatia – creșterea în dimensiuni a ganglionilor limfatici. În limfomul Hodgkin, limfadenopatia are frecvent un caracter cervical și mediastinal, în timp ce în limfoamele non-Hodgkin, distribuția ganglionară este mai variabilă, uneori cu afectare extranodală (splină, măduvă osoasă, tub digestiv etc.). Limfadenopatia în contextul unui limfom este adesea însoțită de simptome generale (simptome B): febră inexplicabilă, transpirații nocturne și scădere ponderală involuntară. Limfomul apendicular primar este extrem de rar și se găsește în 0,015% din toate probele apendiceale [9]. Limfomul Burkitt este un limfom agresiv cu celule B caracterizat prin translocarea și dereglarea genei c-Myc, iar leucemia Burkitt este considerată a fi o manifestare alternativă a aceleiași patologii și este definită prin prezența a > 25% blasturi Burkitt în măduva osoasă. Există 3 tipuri principale de limfom Burkitt: endemic, sporadic și asociat imunodeficienței [10]. Forma sporadică se manifestă în mod obișnuit ca o patologie abdominală, simptomele particulare experimentate de pacient depind de regiunea anatomică afectată [11]. Diagnosticul de limfom Burkitt depinde de o combinație de caracteristici histologice (infiltrație limfoidă difuză cu macrofage împrăștiate), imunofenotipic (CD20, CD10, Bcl6 pozitiv și Ki-67 aproape de 100%) și caracteristici genetice (translocarea c-Myc) [10]. Se recomandă utilizarea imagisticii pentru pacienții care au o prezentare atipică a abdomenului acut sau o masă palpabilă, pentru a exclude o pato-

logie alternativă; în plus, imagistica femeilor tinere prezintă beneficii de diagnostic pentru a exclude mi-mele ginecologice ale apendicitei. Există dovezi că un diametru apendicular crescut (> 3 cm) la imagistică este sugestiv pentru un proces neoplazic subiacent [12]. Dereglările sistemului hematopoietic pot mima abdomen acut prin diverse mecanisme, inclusiv cauzând ruptura splinei, patogeneza fiind leucemia miologenă acută cu leucostază [13]. Ruptura splinei se clasifică în spontană, traumatică sau patologică [14]. Ruptura patologică a fost raportată în boli infecțioase precum mononucleoza infecțioasă, febra dengue, malaria și afecțiuni hematologice maligne, cum ar fi leucemiile acute și cronice, limfoamele [15]. Splenomegalia este considerată cel mai relevant factor care predispune la ruptura splenică [16]. Diagnosticul de ruptură de splină trebuie luat în considerare la pacienții cu splenomegalie datorată afecțiunilor hematologice maligne, care se plâng de dureri abdominale și prezintă hipotensiune arterială [13]. 632 de publicații într-un review sistemic care a raportat 845 de pacienți cu această complicație, au arătat că cauzele majore ale rupturii splenice au fost neoplazice (30,3%), infecțioase (27,3%), inflamatorii (20,0%), legate de medicamente și tratament (9,2%), și mecanice (legate de sarcină și congestive). În 7,0% din cazuri splina a fost normală. Mai mult, autorii au identificat că splenomegalia (splină > 200 g), vârsta înaintată și tulburările neoplazice au fost asociate cu o mortalitate crescută [16].

Astfel, implicând diverse mecanisme de producere, patologiiile sistemului hematopoietic pot fi cauze indirecte în declanșarea complexului de simptome ce cuprind sindromul abdominal sau, în acest caz, sindromul pseudoabdominal. Aceste studii evidențiază importanța vigilenței clinice și a realizării examenului minuțios al pacientului, chiar dacă prezintă simptome tipice și nespecifice, care pot ușor trimite către un diagnostic eronat. Recunoașterea și stratificarea adecvată a acestei cohorțe particulare, cu riscurile și particularitățile sale clinice, permit stabilirea corectă a căilor diagnostice și terapeutice, deoarece managementul trebuie să fie individualizat. Deși metodele de tratament chirurgical sau conservator pot fi alese în cazurile sindromului abdominal la pacienți ce prezintă risc ridicat de deces și boli grave, importantă este diferențierea în timp util. Dacă există semne de iritare peritoneală, cum ar fi durerea abdominală, în special cadranul inferior drept, sensibilitate de apărare, imagistica radiologică trebuie efectuată rapid. Chiar dacă complicațiile sunt cu greu compensate de pacient, terapia de susținere și rezultatele chirurgiei sunt satisfăcătoare la acești pacienți. Totodată, metode mai eficiente de tratament și management

pot fi determinate în urma cercetărilor minuțioase în direcția dată.

## Concluzii

Manifestările abdominale nespecifice pot reprezenta expresia unei patologii sistemice, în special hematologice. Identificarea acestor forme atipice necesită o gândire clinică integrativă, susținută de investigații paraclinice și orientată de datele din literatura de specialitate. Recunoașterea și diferențierea sindromului pseudoabdominal de etiologie hematologică față de alte cauze abdominale, inflamatorii sau neoplazice sunt cruciale pentru evitarea întârzierilor în diagnostic și pentru instituirea precoce a terapiei specifice, prevenind astfel complicații grave precum infecții severe, hemoragii etc. Această abordare influențează semnificativ evoluția clinică și prognosticul pacientului.

## Declarație de conflict de interese

Autorii acestui articol declară lipsa conflictului de interese.

## Bibliografie

1. DEVINE, S.M. ȘI LARSON, R.A. Acute leukemia in adults: Recent developments in diagnosis and treatment. In: CA: A Cancer Journal for Clinicians. 1994, 44, pp.326–352. <https://doi.org/10.3322/canjclin.44.6.326>.
2. KOPITNIK, N.L., KASHYAP, S. ȘI DOMINIQUE, E. Acute Abdomen. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Disponibil la: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493173/> [Accesat: 15 februarie 2025]. PMID: 29083722.
3. LEE, J.H., LIM, G.Y., IM, S.A., CHUNG, N.G. ȘI HAHN, S.T. Gastrointestinal complications following hematopoietic stem cell transplantation in children. In: Korean Journal of Radiology. 2008, 9(5), pp.449–457. <https://doi.org/10.3348/kjr.2008.9.5.449>.
4. SOLGUN, H.A., ARSLANTAŞ, E. ȘI ÖZDEMİR, G. Acute abdomen and its outcomes in children with acute leukemia. Hematology, Transfusion and Cell Therapy. 2021. ISSN 2531-1379. <https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.1009>.
5. YASUDA, S., CHIBA, M., NISHITANI, R. ȘI WATANABE, T. Adrenal infarction with latent myelodysplastic/myeloproliferative neoplasm, unclassifiable with JAK2V617F mutation. In: Clin Case Rep. 2024, 12:e8729. <https://doi.org/10.1002/ccr3.8729>.
6. BORNSTEIN, S.R., ALLOLIO, B., ARLT, W. ȘI ALȚII. Diagnosis and treatment of primary adrenal insufficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. In: Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. 2016, 101(2), pp.364–389. <https://doi.org/10.1210/jc.2015-1710>.
7. DEMIROĞLU, H. ȘI DÜNDAR, S. Hyperkalaemia in acute leukaemia: a sign of adrenocortical insufficiency. In: Journal of Internal Medicine. 1997, 242(2), pp.111–115. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2796.1997.00154.x>.

8. JAAFAR, J., BOEHLEN, F., PHILIPPE, J. ŞI NENDAZ, M. Restoration of adrenal function after bilateral adrenal damage due to heparin-induced thrombocytopenia (HIT): a case report. In: *Journal of Medical Case Reports*. 2015, 9, 18. <https://doi.org/10.1186/1752-1947-9-18>.
9. MIMERY, A.H., JABBOUR, J., SYKES, B., MACDERMID, E., AL-ASKARI, M. ŞI DE CLERCQ, S. Burkitt leukemia presenting as acute appendicitis: a case report and literature review. In: *American Journal of Case Reports*. 2020, 21:e921568. <https://doi.org/10.12659/AJCR.921568>.
10. FERRY, J.A. Burkitt's lymphoma: clinicopathologic features and differential diagnosis. In: *The Oncologist*. 2006, 11(4), pp.375–383. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.11-4-375>.
11. BLUM, K.A., LOZANSKI, G. ŞI BYRD, J.C. Adult Burkitt leukemia and lymphoma. In: *Blood*. 2004, 104(10), pp.3009–3020. <https://doi.org/10.1182/blood-2004-02-0405>.
12. PICKHARDT, P.J., LEVY, A.D., ROHRMANN, C.A., ABONDANZO, S.L. ŞI KENDE, A.I. Non-Hodgkin's lymphoma of the appendix: clinical and CT findings with pathologic correlation. In: *AJR American Journal of Roentgenology*. 2002, 178(5), pp.1123–1127. <https://doi.org/10.2214/ajr.178.5.1781123>.
13. DE SANTIS, G.C., OLIVEIRA, L.C. ŞI ALŢII. Pathologic rupture of the spleen in a patient with acute myelogenous leukemia and leukostasis. In: *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*. 2014, 36(4), pp.290-292. <https://doi.org/10.1016/j.bjhh.2014.05.006>.
14. KLUGER, Y., PAUL, D.B., RAVES, J.J., FONDA, M., YOUNG, J.C., TOWNSEND, R.N. ŞI DIAMOND, D.L. Delayed rupture of the spleen—myths, facts, and their importance: case reports and literature review. In: *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*. 1994, 36(4), pp.568–571.
15. RABIE, M.E., HASHEMEY, A.A., EL HAKEEM, I., AL HAKAMY, M.A., OBAID, M., AL SKAINI, M., HUSSAIN, M.N., ŞI ALŢII. Spontaneous rupture of malarial spleen: report of two cases. In: *Mediterranean Journal of Hematology and Infectious Diseases*. 2010, 2(3):e2010036. <https://doi.org/10.4084/MJHID.2010.036>.
16. RENZULLI, P., HOSTETTLER, A., SCHOEPPER, A.M., GLOOR, B. ŞI CANDINAS, D. Systematic review of atraumatic splenic rupture. In: *British Journal of Surgery*. 2009, 96(10), pp.1114–1121. <https://doi.org/10.1002/bjs.6737>.
17. MIRIJELLO, A., RITROVATO, N., D'AGRUMA, A., DE MATTHAEIS, A., PAZIENZA, L., PARENTE, P., CASSANO, D.P., BIANCOFIORE, A., AMBROSIO, A., CAROSI, I. ŞI ALŢII. Abdominal Lymphadenopathies: Lymphoma, Brucellosis or Tuberculosis? Multidisciplinary Approach—Case Report and Review of the Literature. In: *Medicina*. 2023, 59, p.293. <https://doi.org/10.3390/medicina59020293>.

Autor corespondent:

**Anatolie Scorpan**, conferențiar universitar,  
Disciplina medicină internă-semiologie,  
IP USMF *Nicolae Testemițanu*,  
tel: +37369358542,  
e-mail: anatolie\_scorpan@mail.ru