

## CLINICAL CASES



DOI: 10.5281/zenodo.13328479

UDC: [616.349+616.351+616.341-007.43]-006.04-07-089

PATOLOGIA MULTIMORBIDĂ ACUTĂ - DIFICULTĂȚI DE  
DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT (CAZ CLINIC)ACUTE MULTIMORBID PATHOLOGY - DIAGNOSIS AND  
TREATMENT DIFFICULTIES (CASE REPORT)Irina Paladii<sup>1</sup>, Liuba Strelțov<sup>2</sup>, Vladimir Kusturov<sup>1,3</sup><sup>1</sup> Laboratorul de Chirurgie hepato-pancreato-biliară, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova;<sup>2</sup> Catedra de Chirurgie N1 “Nicolae Anestiadi”, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova;<sup>3</sup> IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău, Republica Moldova

## Rezumat

**Obiective.** Frecvența strangulării în hernia ventrală postoperatorie este descrisă în 8% cazuri. Incidența cancerului colorectal în fază de distrucție, complicat cu peritonită este raportată în 20% cazuri. Concomitența acestor patologii este rar întâlnită și nu a fost prezentată în literatură.

**Scopul studiului.** Prezentarea dificultăților de diagnostic și tratament într-o concomitență rar întâlnită, un caz de multimorbiditate acută cu dezvoltarea simultană a două afecțiuni chirurgicale severe.

**Material și metode.** Lucrarea prezintă rezolvarea simultană a două afecțiuni chirurgicale acute: cancerul recto-sigmoidian perforat, complicat cu peritonită, și strangularea intestinului subțire în hernia incizională, diagnosticate și abordate în clinica Institutului de Medicină Urgentă, Chișinău, Republica Moldova. Pacientul, 58 ani, a fost spitalizat în mod urgent, cu acuza la dureri abdominale severe. Din anamnezic se consideră bolnav de 3 zile. Datele clinice prezente la pacient au fost: starea pacientului gravă, abdomen mărit în volum, asimetric, prezența datelor de hernie incizională strangulată, simptome de iritare peritoneală pozitive. Dintre investigațiile complexe care au fost efectuate au fost: examen clinic; teste de laborator; radiografie de ansamblu abdomen; ultrasonografie; tomografie computerizată nativă.

**Rezultate.** Au fost apreciate date clinice de peritonită totală și pneumoperitoneu, confirmate radiologic. Rezultatele testelor de laborator au fost neconcludente. S-a luat decizia de a efectua intervenție chirurgicală urgentă. Intraoperator s-a determinat în sacul herniar – o porțiune de jejun strangulat cu modificări necrotice; lichid fibrino-purulent; în cavitatea abdominală – formațiune tumorală a colonului recto-sigmoidian, cu distrucție și perforație. A fost efectuată rezecția colonului tip Hartman cu aplicarea colostomei; rezecția segmentului necrotizat al jejunului în limitele viabilității, cu închiderea bonturilor în „Second Look”; drenarea abdomenului și bazinului mic. Diagnostic postoperator stabilit a fost: „Tumora malignă recto-sigmoidiană T4N1M1 în fază de distrucție complicată cu perforație și peritonită purulent-fibrinoasă totală. Hernie ventrală postoperatorie strangulată cu strangulare și necroză a unei porțiuni de jejun. Flegmon al peretelui abdominal. Chist hidatic necomplicat. Ciroză hepatică macronodulară. Maladie aderențială.” În pofida unui tratament complex medicamentos postoperator, pacientul a decedat peste 7 zile postoperator.

**Concluzii.** Fenomenul de multimorbiditate este o problemă medico-socială majoră, progresivă, care solicită abordări neordinare, inovative, apreciate individual, dependent de patologii constatate. Prognosticul rezervat al pacientului a apărut odată cu stabilirea intraoperatorie a diagnosticului final de prezență a două boli chirurgicale acute simultane. Dificultatea preoperatorie a fost dictată de suprapunerea tabloului clinic de perforație intestinală și hernie incizională strangulată, lipsa anamnezicului clinic de cancer colorectal și prezentarea tardivă a pacientului.

**Cuvinte cheie:** cancer recto-sigmoidian, peritonită, hernie incizională strangulată

## Summary

**Objectives.** The frequency of strangulation in postoperative ventral hernia is described in 8% of cases. The incidence of colorectal cancer in the destruction phase, complicated with peritonitis, is reported in 20% of cases. The coexistence of these pathologies is rarely encountered and has not been presented in the literature.

**The aim of the study** was to present the difficulties of diagnosis and treatment in a rare concomitance, a case of acute multimorbidity with the simultaneous development of two severe surgical conditions.

**Material and methods.** The paper presents the simultaneous resolution of two acute surgical conditions: perforated recto-sigmoid cancer complicated with peritonitis and strangulation of the small intestine in incisional hernia, diagnosed and treated in the clinic of the Institute of Emergency Medicine, Chisinau, Republic of Moldova. Patient, 58 years old, was urgently hospitalized with severe abdominal pain. From the anamnesis, he is considered sick for 3 days. The clinical data present in the patient were: the patient's condition is serious, asymmetrically distended abdomen, the evidence of strangulated incisional hernia, positive symptoms of peritoneal irritation. Among the complex investigations that were carried out were: clinical examination; laboratory tests; abdomen X-ray; ultrasonography; native computer tomography of the abdomen.

**Results.** There was established clinical data of total peritonitis and pneumoperitoneum, that were radiologically confirmed. Laboratory test results were inconclusive. The decision was made to perform emergency surgery. Intraoperatively, it was determined: in the hernial sac – a portion of strangulated jejunum with necrotic changes; fibrin-purulent liquid; in the abdominal cavity – tumor formation of the recto-sigmoid colon, with destruction and perforation. Hartman resection of the colon with colostomy application was performed, as well as resection of the necrotic segment of the jejunum within the limits of viability, with the closure of the abutments in "Second Look" and drainage of the abdomen and pelvis. The established postoperative diagnosis was: "Malignant recto-sigmoid tumor T4N1M1 in the phase of destruction complicated with perforation and total purulent-fibrinous peritonitis. Strangulated incisional hernia with strangulation and necrosis of a portion of the jejunum. Phlegmon of the abdominal wall. Uncomplicated hydatid cyst.

Macronodular liver cirrhosis. Adherent disease." Despite a complex postoperative drug treatment, the patient died after 7 days postoperatively.

**Conclusions.** The phenomenon of multimorbidity is a major, progressive medico-social problem, which requires unusual, innovative approaches, assessed individually, depending on the pathologies found. The reserved prognosis of the patient appeared with the intraoperative establishment of the final diagnosis of the presence of two simultaneous acute surgical diseases. The preoperative difficulty was dictated by the overlap of the clinical picture of intestinal perforation and strangulated incisional hernia, the lack of clinical history of colorectal cancer and the late presentation of the patient.

**Keywords:** recto-sigmoid cancer, peritonitis, strangulated incisional hernia

## Introducere

Un proiect prioritar al celui de-al doilea deceniu al secolului XXI desemnat de Organizația Mondială a Sănătății (OMS), vizează îmbunătățirea calității vieții populației mondiale. Realizările actuale în medicina fundamentală, în fiziopatologie, genetică, imunologie, farmacologie etc., au făcut posibilă creșterea speranței de viață a populației, chiar și în cazul patologiilor cronice incurabile [1]. Odată cu creșterea speranței la viață, s-a înregistrat și o creștere a numărului de pacienți ce prezintă concomitența a mai multor patologii (comorbiditate, multimorbiditate, polipatii, etc.).

Multimorbiditatea (din latinescul multi- „mai multe” + morbus „boală”) este un termen utilizat cu referire la „manifestarea concomitentă a mai multor boli acute sau cronice la o persoană” [1, 2]. Prezența multimorbidității favorizează o atipie în evoluția simptomatologiei și manifestărilor clinice, creând dificultăți majore de diagnostic [1, 2, 3]. Managementul acestor pacienți este complicat adesea și de faptul că tratamentul unei boli poate agrava evoluția altei patologii. În evitarea erorilor diagnostice și de tratament, astfel de pacienți au nevoie de consultații integrate a mai multor medici de specialități interdisciplinare cu aprecierea unui program complex de abordare [1, 4].

Frecvența multimorbidităților acute și cronice raportate la tineri este de 35%, în timp ce la persoanele din grupe de vârstă mijlocie, cuprinse între 55 și 74 ani, variază de la 55% la 80%, iar caracteristic pentru pacienții de peste 75 ani, parametrii constituie 93-98% [1, 3, 5]. Este cunoscut faptul că aproximativ 80% dintre persoanele în vârstă prezintă trei sau mai multe boli concomitente [1, 2, 5, 6]. De asemenea, literatura relevă o rată mai ridicată a mortalității la pacienți cu multimorbiditate, care poate ajunge la 82% cazuri [6]. Conform statisticilor, numărul pacienților cu cinci sau mai multe boli concomitente a crescut de la 42% în 1988 - 1994, până la 58% în 2003 - 2008. Este de așteptat ca această tendință să continue și în viitor, ceea ce trezește pe bună dreptate interesul pentru această problemă [5, 6].

Hernia abdominală rămâne una dintre cele mai frecvente boli chirurgicale. Între 4% și 7% din populație manifestă pe parcursul vieții această patologie. Din totalul intervențiilor chirurgicale efectuate, operațiile pentru hernie constituie 10%-12% [7, 8]. Hernia incizională apare în 2-8% din toate herniile operate [8]. Strangularea este considerată cea mai severă complicație a herniilor, fiind clasată pe locul doi în structura bolilor chirurgicale acute ale organelor abdominale. În gama spitalizărilor pentru patologie chirurgicală acută abdominală, hernia strangulată se află pe locul 4. Conform statisticilor, incidența strangulării este de 10-17% cazuri, de asemenea, strangularea apare de 1,5 ori mai frecvent la femei decât la bărbați. Frecvența intervențiilor pentru hernie strangulată ocupă locul 3 după apendicita acută și colecistita

acută [8, 9].

Cancerul colorectal este considerat a 3-a cea mai frecventă afecțiune malignă și constituie a doua cauză de deces din lume. Aproximativ 930.000 de oameni decedază anual de cancer colorectal. Incidența acestuia este de 1,9 milioane de cazuri pe an. Este o boală cu o rată mare de mortalitate, care se poate dezvolta fără manifestări clinice. În 47% cazuri, din cauza unui diagnostic tardiv, patologia evoluează spre complicații. Distrucția tumorii cu perforație intestinală și dezvoltarea peritonitei ajunge până la 20% din cazuri [10, 11].

Multimorbiditatea acută cauzată de asocierea acestor 2 patologii este foarte rar întâlnită în practică și nu au fost găsite prezentări la subiect în literatură.

## Scopul studiului

Prezenta lucrare pune în atenție dificultățile de diagnostic și particularitățile evoluției clinice într-o concomitență rar întâlnită, un caz de multimorbiditate acută cu dezvoltarea simultană a doua afecțiuni chirurgicale severe: strangularea intestinului subțire în hernia ventrală incizională și cancerul sigmoid perforat asociat cu peritonită.

## Material și metode

Este prezentat un caz clinic de multimorbiditate chirurgicală acută: cancerul recto-sigmoidian perforat, asociat cu peritonită fecaloidă și strangularea intestinului subțire în hernia incizională, diagnosticate și abordate în clinica Institutului de Medicină Urgentă, Chișinău, Republica Moldova, în anul 2023.

Pacientul, de gen masculin, cu vârsta de 58 ani, a fost spitalizat în mod urgent peste trei zile de la debutul acuzelor la dureri în regiunea masei tumorale herniate, dureri abdominale difuze, vome repetate, constipație, astenie generalizată.

*Diagnostic la internare a fost:* "Ocluzie intestinală acută? Hernie incizională strangulată. Peritonită acută."

Istoricul bolii relevă un debut acut de dureri pe flancul stâng, după un efort fizic nesemnificativ, care s-au extins pe întreaga arie abdominală, devenind mai pronunțate în sacul de herniere. Starea generală cu agravare în dinamică – asocierea vomelor, lipsa scaunului și a emisiei de gaze. Pacientul a fost transportat ulterior în staționar prin serviciul 112.

Din anamneză, pacientul a fost operat în 2013 pentru echinococoză hepatică, cu regenerare secundară a plăgii cu formare de hernie incizională. Nu s-a aflat la evidența medicului de familie pentru patologii cronice cunoscute.

Examen clinic a relevat: pacientul în stare gravă, somnolent, la întrebări răspunde retard; Respirație suferențială, frecvența respirației 18 pe minut; Auscultativ – murmur vezicular pe

ambele arii pulmonare; Puls – 100/minut, Tensiunea arterială – 110/70 mm/Hg; Bătăile cardiace ritmice, clare; Limba uscată, abdomen mărit în volum, asimetric, nu participă în actul de respirație; În regiunea cicatricei postoperatorii masa tumorală dureroasă, ireponibilă cu simptom de tuse negativ; Percutor – timpanism, palpator – rigiditate musculară difuză, dureri intense difuze la palparea ariei abdominale, simptome de iritare peritoneală pozitive, peristaltism prezent – atenuat, ficatul și splina nepalpabile.

Planul complex de investigații la spitalizare a inclus: teste de laborator, ultrasonografia (USG) abdomenului, radiografia de ansamblu a abdomenului, tomografie computerizată (TC) nativă

Rezultatele investigațiilor au fost următoarele:

✓ Analizele de laborator la internare: Hemoglobina – 98 g/l; Eritrocite – 4.1; Hematocrit – 32; Leucocite – 10; VSH – 15.

✓ La radiografia de ansamblu a abdomenului s-a depistat pneumoperitoneu.

✓ Tomografia computerizată a abdomenului. Concluzie: Anse intestinale modificate în sacul de herniere. Anse intestinale distensate cu prezență de bule de gaz localizate parietal intramural. Pneumoperitoneum. Lichid în volum de 700-800ml. Hepato-splenomegalie. Chist hidatic septat policameral, dislocat în segmentele S2-S3 hepatic, cu dimensiuni – 5,5x6,2 cm, și două chisturi fiice, segmentele S4 și S6, parțial calcificate. Ficat macronodular – cirotic. Limfadenopatie difuză. Hernie hiatală gr. II.

Cu date confirmate clinic și paraclinic de organ cavitărilor perforat și peritonită, pacientul prezintă indicații absolute pentru tratament chirurgical în mod urgent.

A fost efectuată intervenția chirurgicală urgentă – Laparotomie medio-mediană. În cavitatea abdominală lichid fibrino-purulent extins pe întreaga arie; în sacul herniar lichid cu miros fetid, o porțiune de jejun de 8 cm strangulată, cu modificări necrotice, însă fără semne de perforație. Revizia abdomenului a relevat prezența unei formațiuni tumorale recto-sigmoidiene în fază de distrucție cu perforație și peritonită fecaloidă. De asemenea, bilateral subdiafragmal s-au determinat colecții purulente limitate. S-a efectuat: Rezecția colonului sigmoidian procedeu tip Hartman cu aplicarea sigmostomei terminale pe stânga. Rezecția segmentului necrotizat al jejunului în limitele viabilității cu închiderea bonturilor în "Second Look". Lavaj, sanare și drenare a spațiului subdiafragmatic bilateral, spațiului subhepatic și bazinului mic. Laparorafie.

*Diagnostic postoperator stabilit a fost:* Tumoră malignă recto-sigmoideană T4N1M1 în fază de distrucție complicată cu perforație și peritonită purulent-fibrinoasă totală. Hernie ventrală postoperatorie strangulată cu strangulare și necroză a unei porțiuni de jejun. Flegmon al peretelui abdominal. Chist hidatic necomplicat. Ciroză hepatică macronodulară. Maladie aderentă.

Postoperator pacientul a fost supus unui tratament complex medicamentos de detoxicare, reechilibrare volemică și antibioticoterapie combinată, însă fără succes, pacientul a decedat peste 7 zile după intervenție.

## Discuții

Specialiștii de diferite profiluri medicale, care tratează pacienți cu polipatii atât cronice, cât și acute, mai frecvent prezintă opinii contradictorii atunci când determină caracteristicile patologiilor multimorbide, comorbidităților și algoritmilor de diagnostic și tratament pentru această categorie de pacienți [12, 13]. Protocoalele și recomandările clinice existente vizează diagnosticul și tratamentul în forme nozologice unice de patologii, reglementând și un algoritm de acordare a asistenței medicale pacienților cu o oarecare boală, însă standardele existente nu țin cont de prezența patologiilor concomitente, ceea ce provoacă dificultăți în managementul pacienților cu multimorbiditate. Condițiile multimorbide se caracterizează prin agravare reciprocă și dificultăți de diagnostic semnificative, de care medicul trebuie să țină cont din momentul adresării pacienților în stare gravă [13]. Relevanța studierii și prezentării stărilor de multimorbiditate este dictată de datele statistice semnificative existente privind frecvența ridicată a patologiei polimorbide atât la persoanele din grupa de vârstă mai înaintată – 93-98%, cât și la tineri – până la 70% [1, 4, 12, 13]. Există multiple publicații despre asocierea diferitelor patologii cronice – cardiovasculare, patologia tractului gastro-intestinal, sindroame metabolice, tulburări psihoemoționale etc., însă mai rar este prezentată patologia multimorbidă acută [4, 5, 12]. Astfel, numărul publicațiilor înregistrate în baza de date Medline, folosind cuvântul cheie „multimorbiditate” a crescut, din 2000 până în 2012 de 4,5 ori [4, 13]. În 2010, a fost creată societatea științifică internațională a multimorbidității (International Research Community on Multimorbidity - IRCMo).

Studiile prezintă informații că cancerul colorectal se dezvoltă din celulele mucoasei colonului sau rectului, adesea prin transformarea progresivă a unei tumori benigne. Mai frecvent evoluția este asimptomatică. Astfel, cancerul colorectal se poate dezvolta fără manifestări clinice și rămâne nediagnosticat un timp îndelungat [14, 15, 16], fapt confirmat și în cazul pacientului prezentat, date anamnestice de patologie malignă absente total. Strangularea herniei se manifestă cu prezența unei mase tumorale dureroase, ireponibile cu semne de inflamație locală progresivă, asociate frecvent cu fenomene de obstrucție intestinală: greață, vomă, lipsă a scaunului, date clare confirmate la examenul obiectiv al pacientului [17]. În pofida stării grave la internare, pacientul era stabil hemodinamic. Analizele de laborator, de asemenea, sunt nespecifice. Numai un examen complex paraclinic a permis confirmarea unei catastrofe severe intraabdominale, confirmând pneumoperitoneu și lichid liber.

Exemplul acestui caz clinic arată că, în pofida unei examinări complexe: investigații instrumentale și de laborator, nu au existat informații complete despre cauză, localizarea și amploarea procesului patologic în etapa preoperatorie. Dificultatea a fost dictată de prezența unei stări multimorbide acute, care nu a permis stabilirea unui diagnostic precizat în perioada preoperatorie din cauza: prezentării tardive a pacientului pentru asistență medicală, lipsa anamnesticii clinice de cancer colorectal și suprapunerea tabloului clinic de perforație intestinală cu prezența herniei incizionale strangulate. Drept sursă a

peritonitei la această etapă au fost suspectate complicațiile septice ale unei hernii strangulate netratate. Diagnosticul final al dezvoltării simultane a două patologii severe chirurgicale acute, expus în timpul intervenției chirurgicale, a fost neașteptat. Prognosticul rezervat al pacientului a apărut odată cu stabilirea intraoperatorie a diagnosticului final de prezență a două patologii chirurgicale severe acute simultane.

Motivele dificultăților în stabilirea unui diagnostic precis preoperator au fost: lipsa anamneșticului de cancer recto-sigmoidian, prezentarea tardivă a pacientului pentru asistență, manifestările clinice vizibile de hernie incizională strangulată cu semne de inflamație locală care ar fi o cauză posibilă a peritonitei. De asemenea, vârsta pacientului și confirmarea prin tomografie computerizată a datelor de

ciroză hepatică macronodulară, pe un fundal de teren septic cunoscut, a creat condiții ca limfadenopatia să fie suspectată drept una inflamatorie.

### Concluzii

Fenomenul de multimorbiditate este o problemă medico-socială majoră, progresivă, care solicită abordări neordinare, inovative, apreciate individual, dependent de patologiile constatate. Un diagnostic rapid și precis al unei stări multimorbide acute, poate fi stabilit în cazul examinării complexe a pacientului de o echipă multidisciplinară care are menirea de a aprecia programul de investigații cu etapizarea măsurilor diagnostice și terapeutice, creând premise pentru îmbunătățirea calității asistenței medicale și prevenirea consecințelor fatale.

### Bibliografie

1. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43. doi:10.1016/S0140-6736(12)60240-2
2. Pearson-Stuttard J, Ezzati M, Gregg EW. Multimorbidity-a defining challenge for health systems. *Lancet Public Health*. 2019;4(12): e599-e600. doi:10.1016/S2468-2667(19)30222-1
3. Kingston A, Robinson L, Booth H, Knapp M, Jagger C; MODEM project. Projections of multi-morbidity in the older population in England to 2035: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) model. *Age Ageing*. 2018;47(3):374-380. doi:10.1093/ageing/afx201
4. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ*. 2015;350:h176. Published 2015 Jan 20. doi:10.1136/bmj.h176
5. Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 2005;294(6):716-724. doi:10.1001/jama.294.6.716
6. Ergatoudes C, Schaufelberger M, Andersson B, Pivodic A, Dahlström U, Fu M. Non-cardiac comorbidities and mortality in patients with heart failure with reduced vs. preserved ejection fraction: a study using the Swedish Heart Failure Registry. *Clin Res Cardiol*. 2019;108(9):1025-1033. doi:10.1007/s00392-019-01430-0
7. Aguirre DA, Casola G, Sirlin C. Abdominal wall hernias: MDCT findings. *AJR Am J Roentgenol*. 2004;183(3):681-690. doi:10.2214/ajr.183.3.1830681
8. Montecamozzo G, Leopaldi E, Baratti C, et al. Incarcerated massive incisional hernia: extensive necrosis of the colon in a very obese patient. Surgical treatment and vacuum-assisted closure therapy: a case report. *Hernia*. 2008;12(6):641-643. doi:10.1007/s10029-008-0370-4
9. Kroese LF, Smeiders D, Kleinrensink GJ, Muysoms F, Lange JF. Comparing different modalities for the diagnosis of incisional hernia: a systematic review. *Hernia*. 2018;22(2):229-242. doi:10.1007/s10029-017-1725-5
10. Yang KM, Jeong MJ, Yoon KH, Jung YT, Kwak JY. Oncologic outcome of colon cancer with perforation and obstruction. *BMC Gastroenterol*. 2022;22(1):247. Published 2022 May 15. doi:10.1186/s12876-022-02319-5
11. Smith RA, Andrews KS, Brooks D, et al. Cancer screening in the United States, 2019: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin*. 2019;69(3):184-210. doi:10.3322/caac.21557
12. Jindai K, Nielson CM, Vorderstrasse BA, Quiñones AR. Multimorbidity and Functional Limitations Among Adults 65 or Older, NHANES 2005-2012. *Prev Chronic Dis*. 2016;13: E151. Published 2016 Nov 3. doi:10.5888/pcd13.160174
13. Oganov RG, Simanenko VI, Bakulin IG, et al. Comorbidities in clinical practice. Algorithms for diagnostics and treatment. *Cardiovasc Ther Prev*. 2019;18(1):5-66. doi:10.15829/1728-8800-2019-1-5-66.
14. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer statistics, 2023. *CA Cancer J Clin*. 2023;73(1):17-48. doi:10.3322/caac.21763
15. Stoffel EM, Murphy CC. Epidemiology and Mechanisms of the Increasing Incidence of Colon and Rectal Cancers in Young Adults. *Gastroenterology*. 2020;158(2):341-353. doi: 10.1053/j.gastro.2019.07.055
16. Chen TM, Huang YT, Wang GC. Outcome of colon cancer initially presenting as colon perforation and obstruction. *World J Surg Oncol*. 2017;15(1):164. Published 2017 Aug 25. doi:10.1186/s12957-017-1228-y
17. Askew G, Williams GT, Brown SC. Delay in presentation and misdiagnosis of strangulated hernia: prospective study. *J R Coll Surg Edinb*. 1992;37(1):37-38.

Recepționat – 10.06.2024, acceptat pentru publicare – 13.08.2024

**Autor corespondent:** Liuba Strelțov, e-mail: liuba.streltov@usmf.md

**Declarația de conflict de interese:** Autorii declară lipsa conflictului de interese.

**Declarația de finanțare:** Autorii declară lipsa de finanțare.

**Citare:** Paladii I, Strelțov L, Kusturov V. Patologia multimorbidă acută - dificultăți de diagnostic și tratament (caz clinic) [Acute multimorbid pathology - diagnosis and treatment difficulties (case report)]. *Arta Medica*. 2024;91(2):45-48.