Capítulo de livro

Área temática: Clínica Médica e Especialidades

TUBERCULOSE PÉLVICA SIMULANDO NEOPLASIA OVARIANA: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM HISTOPATOLÓGICA

Beatriz Zanardo Cunha([1]); Bruna Ferraz Bindella([2]); Bianca Trindade Rodrigues([3]); Thomaz Funari Neto([4])

([1])Faculdade Faceres. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil; ([2])Faculdade Faceres. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil; ([3])Faculdade Faceres. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil; ([4])Faculdade Faceres. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. E-mail do autor principal: beatriz.zanardo.escolas@gmail.com

RESUMO: Introdução: a tuberculose pélvica é uma forma rara de tuberculose extrapulmonar que pode apresentar manifestações clínicas e radiológicas semelhantes às neoplasias ovarianas avançadas, dificultando o diagnóstico precoce. **Objetivo:** discutir os principais desafios diagnósticos da tuberculose pélvica simulando neoplasia ovariana e destacar a importância da abordagem histopatológica na confirmação diagnóstica. Metodologia: realizou-se uma revisão narrativa da literatura na base de dados PubMed, utilizando artigos publicados entre 2014 e 2026 relacionados à tuberculose genital feminina, massa anexial, ascite, CA-125 elevado e diagnóstico diferencial com câncer de ovário. **Resultados e Discussão:** observou-se que sintomas inespecíficos, como dor abdominal, distensão abdominal, perda ponderal, ascite e presença de massas anexiais complexas associados à elevação do CA-125, frequentemente levam à suspeita inicial de malignidade ovariana. Exames de imagem apresentam baixa especificidade, dificultando a diferenciação entre doença infecciosa e neoplásica. Nesse contexto, a laparoscopia diagnóstica associada à análise histopatológica possui papel fundamental na identificação de granulomas caseosos e confirmação etiológica. **Conclusão:** a tuberculose pélvica deve ser considerada como diagnóstico diferencial de neoplasias ovarianas, principalmente diante de achados clínicos e radiológicos inespecíficos, sendo a confirmação histopatológica essencial para evitar procedimentos cirúrgicos desnecessários e permitir tratamento adequado.

Palavras-chave: ascite; câncer de ovário; laparoscopia; tuberculose genital feminina; tuberculose pélvica.

INTRODUÇÃO

A tuberculose permanece como uma das doenças infecciosas de maior impacto mundial, representando importante problema de saúde pública, principalmente em países em desenvolvimento. Apesar do acometimento pulmonar ser a forma mais frequente da doença, manifestações extrapulmonares também possuem relevância clínica significativa, incluindo a tuberculose genital feminina. Essa apresentação corresponde a uma forma incomum da doença e frequentemente apresenta diagnóstico tardio devido à inespecificidade dos sinais clínicos e à semelhança com outras patologias ginecológicas. O acometimento pélvico pode envolver tubas uterinas, ovários, endométrio, peritônio e estruturas anexiais, comprometendo não apenas o diagnóstico, mas também a fertilidade e a qualidade de vida das pacientes.

A tuberculose genital feminina geralmente ocorre de forma secundária à disseminação hematogênica ou linfática do Mycobacterium tuberculosis a partir de um foco pulmonar primário, muitas vezes latente ou previamente não diagnosticado. O acometimento das tubas uterinas representa a manifestação mais frequente da doença, seguido pelo envolvimento endometrial, ovariano e peritoneal. Em muitos casos, a infecção permanece assintomática por longos períodos, sendo identificada apenas

durante investigação de infertilidade, dor pélvica crônica ou massas anexiais de etiologia indefinida.

A resposta inflamatória granulomatosa induzida pela infecção pode promover extensas alterações anatômicas pélvicas, incluindo aderências, fibrose, distorção tubária e formação de massas inflamatórias complexas. Essas alterações contribuem significativamente para a semelhança radiológica entre tuberculose pélvica e neoplasias ovarianas avançadas, especialmente quando associadas à ascite, espessamento peritoneal e implantes peritoneais. Além disso, o processo inflamatório crônico estimula a elevação sérica do marcador tumoral CA-125, reduzindo ainda mais a especificidade diagnóstica.

A incidência da tuberculose genital feminina apresenta maior relevância em países endêmicos e regiões com elevada vulnerabilidade socioeconômica, embora casos também sejam descritos em países desenvolvidos, especialmente em pacientes imunossuprimidas, migrantes ou portadoras de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). O atraso diagnóstico permanece frequente devido à baixa suspeição clínica, à apresentação inespecífica e à semelhança com doenças ginecológicas malignas e inflamatórias.

A tuberculose pélvica representa importante desafio diagnóstico na prática ginecológica por frequentemente simular neoplasias ovarianas avançadas. Sintomas como dor abdominal, distensão abdominal, febre, perda ponderal, anorexia, irregularidade menstrual e presença de ascite podem estar associados à formação de massas anexiais complexas e espessamento peritoneal, produzindo quadro clínico semelhante ao observado em carcinomatose peritoneal. Além disso, a elevação sérica do marcador tumoral CA-125, frequentemente relacionada ao câncer de ovário, também pode estar presente nos casos de tuberculose pélvica, contribuindo para suspeita inicial de malignidade e dificultando a diferenciação diagnóstica.

Os exames de imagem, incluindo ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética, apresentam limitações importantes nesses casos, uma vez que muitos achados radiológicos são inespecíficos e semelhantes aos encontrados em neoplasias ginecológicas disseminadas. Dessa forma, diversas pacientes acabam sendo inicialmente encaminhadas para investigação oncológica, laparotomia exploradora ou até planejamento de tratamento quimioterápico antes da confirmação etiológica adequada.

Entre os principais achados radiológicos descritos na literatura destacam-se ascite septada, espessamento nodular do peritônio, implantes peritoneais, massas anexiais heterogêneas e linfonodomegalias com áreas centrais hipodensas sugestivas de necrose. Entretanto, essas alterações apresentam grande sobreposição com os achados observados na carcinomatose peritoneal secundária ao câncer ovariano avançado. Alguns estudos sugerem que determinadas características, como linfonodos com centro necrótico, espessamento peritoneal liso e acometimento ileocecal associado, possam aumentar a suspeita de tuberculose, embora nenhum achado isolado apresente sensibilidade e especificidade suficientes para confirmação diagnóstica.

A ressonância magnética também pode auxiliar na avaliação das massas anexiais e do comprometimento peritoneal, porém permanece limitada na diferenciação definitiva entre processo infeccioso granulomatoso e doença maligna disseminada. Dessa forma, a interpretação dos exames de imagem deve sempre ser realizada de maneira integrada ao contexto clínico e epidemiológico da paciente.

Nesse contexto, a laparoscopia diagnóstica associada à análise histopatológica assume papel essencial na investigação diagnóstica, permitindo identificação de granulomas com necrose caseosa e confirmação microbiológica da infecção tuberculosa. O reconhecimento precoce dessa condição como

diagnóstico diferencial das neoplasias ovarianas é fundamental para evitar procedimentos cirúrgicos radicais desnecessários, reduzir morbidades e possibilitar início oportuno da terapia antituberculosa.

A análise histopatológica permanece como um dos pilares diagnósticos da tuberculose pélvica. A presença de granulomas epitelioides associados à necrose caseosa constitui achado altamente sugestivo da infecção tuberculosa, especialmente quando correlacionada aos aspectos clínicos e radiológicos. Em alguns casos, também podem ser identificadas células gigantes multinucleadas do tipo Langhans e infiltrado inflamatório crônico. Apesar disso, a ausência de necrose caseosa não exclui o diagnóstico, principalmente em pacientes imunossuprimidas ou em fases iniciais da doença.

Além do estudo histológico, métodos microbiológicos como cultura para Mycobacterium tuberculosis, reação em cadeia da polimerase (PCR) e pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes podem contribuir para confirmação etiológica. Contudo, a baixa carga bacilar frequentemente observada na tuberculose extrapulmonar reduz a sensibilidade desses exames, reforçando a importância da associação entre laparoscopia e histopatologia na investigação diagnóstica.

Apesar dos avanços nos métodos diagnósticos, a tuberculose extrapulmonar ainda apresenta importantes limitações relacionadas à sensibilidade dos exames microbiológicos. A cultura para Mycobacterium tuberculosis pode demandar várias semanas para resultado definitivo, enquanto a pesquisa direta de bacilos álcool-ácido resistentes frequentemente apresenta baixa positividade em amostras extrapulmonares. Embora métodos moleculares como PCR contribuam para maior rapidez diagnóstica, sua disponibilidade permanece limitada em diversos serviços de saúde, especialmente em regiões com menores recursos diagnósticos.([1,6,7])

Objetivo: discutir os principais desafios diagnósticos da tuberculose pélvica simulando neoplasia ovariana, enfatizando a importância da abordagem histopatológica na confirmação diagnóstica e no direcionamento terapêutico adequado.

METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma revisão narrativa da literatura, desenvolvida com o objetivo de reunir e discutir informações científicas relacionadas à tuberculose pélvica simulando neoplasia ovariana, com ênfase nos desafios diagnósticos e na importância da abordagem histopatológica para confirmação etiológica. A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio da base de dados PubMed, utilizando artigos científicos publicados entre os anos de 2014 e 2026, nos idiomas inglês e português.

Foram utilizados descritores relacionados ao tema, incluindo os termos “pelvic tuberculosis”, “female genital tuberculosis”, “ovarian cancer”, “adnexal mass”, “CA-125”, “ascites”, “laparoscopy”, “histopathology” e “differential diagnosis”, associados por operadores booleanos AND e OR. A seleção dos artigos foi realizada a partir da leitura dos títulos e resumos, sendo incluídos estudos que abordavam manifestações clínicas, laboratoriais e radiológicas da tuberculose genital feminina, além de trabalhos que discutiam o diagnóstico diferencial com neoplasias ovarianas.

Também foram incluídos relatos de caso, revisões de literatura e estudos observacionais que descreviam pacientes com massa anexial, ascite, elevação sérica de CA-125 e suspeita inicial de câncer ovariano posteriormente diagnosticados com tuberculose pélvica. Trabalhos duplicados, estudos sem relação direta com o tema e artigos indisponíveis na íntegra foram excluídos da análise.

A análise dos estudos selecionados foi realizada de forma qualitativa, priorizando artigos que descrevessem aspectos clínicos, laboratoriais, radiológicos e histopatológicos relacionados à tuberculose pélvica. Também foram considerados trabalhos que discutiam dificuldades diagnósticas,

impacto do atraso terapêutico e condutas utilizadas diante da suspeita inicial de neoplasia ovariana.

Os dados extraídos incluíram características clínicas das pacientes, presença de ascite, alterações em exames de imagem, níveis séricos de CA-125, métodos diagnósticos empregados e principais achados histopatológicos. Posteriormente, os estudos foram comparados quanto às estratégias utilizadas para diferenciação entre doença infecciosa e neoplasia ginecológica maligna.

A revisão foi conduzida com enfoque descritivo e interpretativo, buscando integrar os achados da literatura aos principais desafios encontrados na prática clínica ginecológica. Dessa forma, procurou-se enfatizar a relevância da abordagem multidisciplinar envolvendo ginecologistas, radiologistas, patologistas e infectologistas na condução diagnóstica dessas pacientes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos estudos demonstrou que a tuberculose pélvica representa relevante desafio diagnóstico devido à significativa semelhança clínica, laboratorial e radiológica com neoplasias ovarianas avançadas. Em grande parte dos relatos avaliados, as pacientes apresentavam sintomas inespecíficos, como dor abdominal, distensão abdominal, perda ponderal, febre, anorexia e fadiga, além de manifestações ginecológicas como irregularidade menstrual, infertilidade e presença de massa anexial palpável. A associação entre ascite, espessamento peritoneal e elevação sérica do marcador tumoral CA-125 frequentemente levou à suspeita inicial de carcinomatose peritoneal e câncer ovariano avançado.

A elevação sérica do CA-125 representa um dos principais fatores responsáveis pela confusão diagnóstica entre tuberculose pélvica e neoplasia ovariana. Embora esse marcador esteja classicamente associado ao câncer epitelial de ovário, seu aumento também pode ocorrer em diversas condições inflamatórias e infecciosas envolvendo o peritônio, incluindo tuberculose abdominal e pélvica. Estudos demonstram que pacientes com tuberculose pélvica podem apresentar níveis significativamente elevados de CA-125, muitas vezes semelhantes aos encontrados em neoplasias malignas avançadas, reduzindo a utilidade isolada desse marcador na diferenciação diagnóstica.

Além disso, observou-se que os níveis séricos do CA-125 tendem a diminuir progressivamente após o início da terapia antituberculosa, acompanhando a melhora clínica e radiológica das pacientes. Dessa forma, apesar de possuir importante valor na avaliação inicial, o marcador deve sempre ser interpretado em conjunto com dados clínicos, epidemiológicos, radiológicos e histopatológicos.

Na prática clínica, a diferenciação entre tuberculose pélvica e neoplasia ovariana exige elevado grau de suspeição diagnóstica, especialmente em pacientes jovens, provenientes de regiões endêmicas ou com histórico prévio de exposição à tuberculose. A presença de sintomas constitucionais, como febre vespertina, sudorese noturna e perda ponderal progressiva, pode auxiliar na suspeita clínica, embora muitas pacientes apresentem manifestações inespecíficas ou ausência de sintomas respiratórios associados. Dessa forma, a integração entre dados epidemiológicos, laboratoriais e radiológicos torna-se fundamental para direcionamento adequado da investigação diagnóstica.[2,6,7]

Os exames de imagem apresentaram limitações importantes na diferenciação entre tuberculose pélvica e malignidade ovariana. Achados observados em ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética incluíam massas anexiais complexas, ascite volumosa, linfonodomegalias, espessamento peritoneal e imagens sugestivas de carcinomatose, características também frequentemente encontradas em neoplasias ginecológicas disseminadas. Dessa forma, diversos

estudos relataram encaminhamento inicial das pacientes para investigação oncológica ou planejamento de procedimentos cirúrgicos extensos.

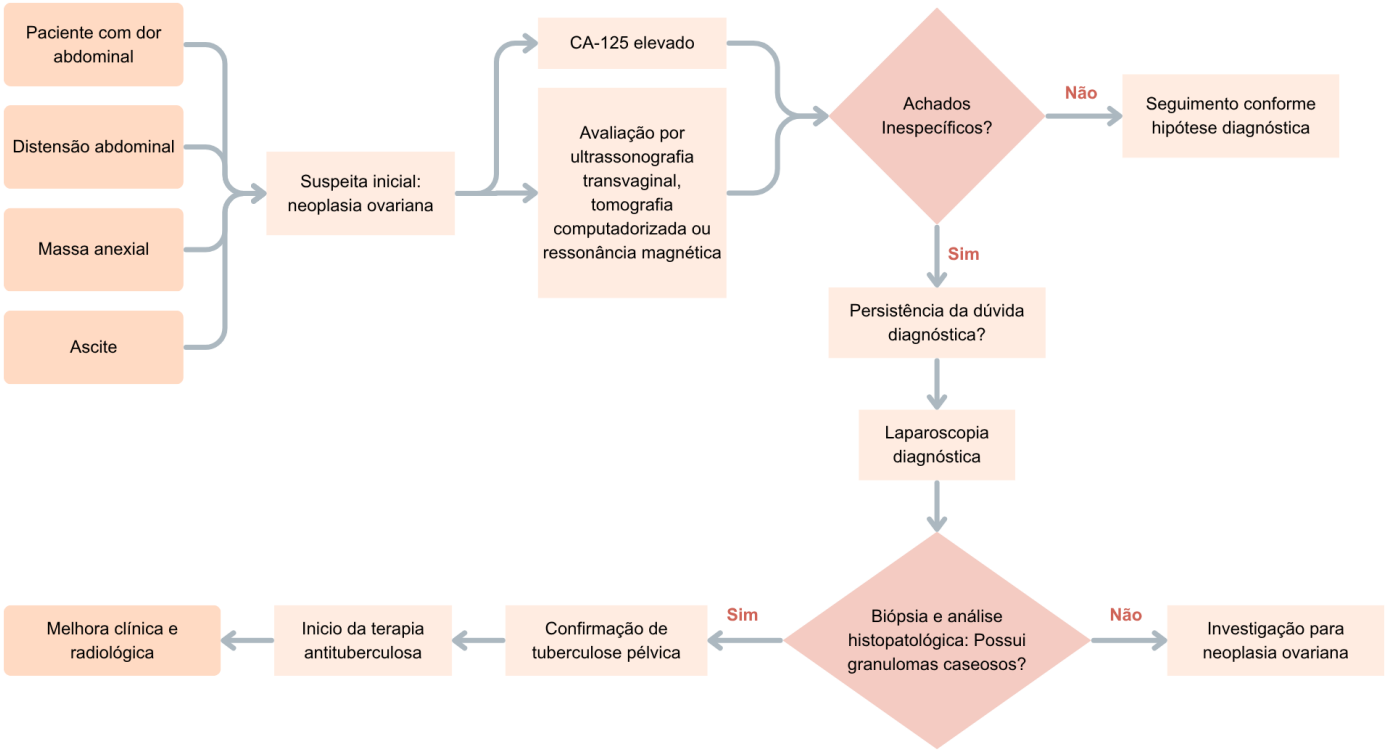
A infertilidade associada à tuberculose genital feminina possui importante impacto social, emocional e reprodutivo. O processo inflamatório crônico pode comprometer de forma irreversível as tubas uterinas, reduzindo a permeabilidade tubária e dificultando a implantação embrionária. Além disso, o acometimento endometrial pode prejudicar a receptividade uterina, reduzindo as chances de gestação espontânea mesmo após tratamento adequado da infecção. Em muitos casos, a investigação de infertilidade representa o primeiro momento em que a doença é identificada.([6,7])

Portanto, ampliar o conhecimento acerca da tuberculose pélvica entre profissionais da saúde torna-se essencial, especialmente em regiões endêmicas, visando aumentar a suspeição clínica e reduzir atrasos diagnósticos. A abordagem multidisciplinar associada à investigação histopatológica adequada pode evitar intervenções desnecessárias e proporcionar tratamento precoce e mais seguro às pacientes.

A condução dessas pacientes frequentemente requer abordagem multidisciplinar envolvendo ginecologistas, infectologistas, radiologistas, patologistas e cirurgiões. A interação entre diferentes especialidades contribui para uma interpretação mais adequada dos achados clínicos e radiológicos, reduzindo erros diagnósticos e possibilitando definição terapêutica mais segura. Além disso, a discussão multidisciplinar auxilia na prevenção de procedimentos cirúrgicos radicais desnecessários em pacientes com doença potencialmente tratável apenas com terapia medicamentosa.([1,2,7])

A laparoscopia diagnóstica demonstrou importante papel na definição etiológica dos casos. A visualização direta das lesões associada à realização de biópsias permitiu confirmação diagnóstica por meio da identificação histopatológica de granulomas epitelioides com necrose caseosa, além da detecção microbiológica do Mycobacterium tuberculosis em culturas e testes específicos. O fluxograma diagnóstico representado na Figura 1 ilustra as principais etapas da investigação clínica descritas na literatura.

Figura 1. Fluxo diagnóstico da tuberculose pélvica simulando neoplasia ovariana.



A laparoscopia diagnóstica apresenta vantagens importantes em relação à laparotomia exploradora na investigação dessas pacientes. Por se tratar de procedimento minimamente invasivo, possibilita visualização direta das lesões peritoneais e anexiais com menor morbidade cirúrgica, menor tempo de internação hospitalar e recuperação pós-operatória mais rápida. Além disso, permite obtenção direcionada de biópsias para estudo histopatológico e microbiológico, reduzindo a necessidade de intervenções radicais inicialmente realizadas sob suspeita de malignidade.

Durante a laparoscopia, podem ser observados múltiplos tubérculos peritoneais esbranquiçados, aderências fibróticas, espessamento peritoneal difuso e ascite, achados frequentemente descritos na literatura como sugestivos de tuberculose peritoneal e genital. Entretanto, tais alterações ainda podem apresentar semelhanças importantes com carcinomatose peritoneal, reforçando a indispensabilidade da análise anatomopatológica para definição diagnóstica definitiva.

Diversos estudos também destacaram que o reconhecimento tardio da tuberculose pélvica pode levar à realização de laparotomias exploradoras desnecessárias, procedimentos cirúrgicos radicais e atraso no início da terapia antituberculosa. Após confirmação diagnóstica e início do tratamento específico, observou-se melhora clínica importante, redução da ascite, regressão das massas anexiais e diminuição progressiva dos níveis séricos de CA-125. Dessa forma, a valorização da abordagem histopatológica e a inclusão da tuberculose pélvica como diagnóstico diferencial de neoplasias ovarianas tornam-se fundamentais para redução de morbidades e melhor condução terapêutica.

O tratamento da tuberculose pélvica segue, de maneira geral, o esquema terapêutico preconizado para as demais formas extrapulmonares da doença, baseado na associação de rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol durante a fase inicial, seguida por fase de manutenção com rifampicina e isoniazida. A resposta terapêutica costuma ser satisfatória quando o diagnóstico é realizado precocemente, promovendo regressão das lesões inflamatórias, melhora dos sintomas sistêmicos e redução progressiva dos marcadores inflamatórios.

Entretanto, em situações de diagnóstico tardio, podem permanecer sequelas anatômicas permanentes, especialmente relacionadas à infertilidade tubária, aderências pélvicas extensas e dor pélvica crônica. Dessa forma, o reconhecimento precoce da doença possui impacto significativo não apenas na redução da morbidade, mas também na preservação da função reprodutiva e da qualidade de vida das pacientes.

Outro aspecto relevante descrito na literatura refere-se ao impacto do diagnóstico tardio sobre a fertilidade feminina e qualidade de vida das pacientes. A inflamação crônica associada à tuberculose genital pode resultar em obstrução tubária, aderências pélvicas extensas e comprometimento endometrial irreversível, aumentando significativamente o risco de infertilidade. Além disso, procedimentos cirúrgicos radicais realizados diante da suspeita equivocada de neoplasia ovariana podem gerar consequências físicas e emocionais importantes.

Dessa forma, torna-se fundamental ampliar o conhecimento acerca da tuberculose pélvica entre profissionais da saúde, especialmente em regiões endêmicas, visando aumentar a suspeição clínica e reduzir atrasos diagnósticos. A abordagem multidisciplinar associada à investigação histopatológica adequada pode evitar intervenções desnecessárias e proporcionar tratamento precoce e mais seguro às pacientes.

Sob a perspectiva da saúde pública, a tuberculose extrapulmonar permanece como importante desafio diagnóstico, especialmente em países com elevada carga da doença e limitações no acesso a métodos diagnósticos especializados. A dificuldade de diferenciação entre tuberculose pélvica e neoplasias ovarianas pode gerar aumento de custos hospitalares, realização de procedimentos invasivos desnecessários e atraso no início do tratamento adequado.

O subdiagnóstico da tuberculose genital feminina também contribui para persistência da transmissão da doença e para agravamento das complicações ginecológicas associadas. Nesse contexto, a ampliação do conhecimento médico acerca das manifestações extrapulmonares da tuberculose torna-se fundamental para aprimoramento das estratégias diagnósticas e terapêuticas.

CONCLUSÃO

A tuberculose pélvica constitui importante diagnóstico diferencial das neoplasias ovarianas, especialmente em pacientes que apresentam massa anexial, ascite, perda ponderal e elevação sérica do marcador tumoral CA-125. A semelhança entre as manifestações clínicas e radiológicas dessas condições representa um dos principais desafios diagnósticos na prática ginecológica, frequentemente levando à suspeita inicial de malignidade ovariana avançada e à realização de investigações oncológicas extensas.

Os estudos analisados demonstraram que exames de imagem, embora fundamentais na avaliação inicial das pacientes, apresentam baixa especificidade para diferenciação entre tuberculose pélvica e carcinomatose peritoneal. Dessa forma, a confirmação diagnóstica frequentemente depende de métodos invasivos, especialmente da laparoscopia diagnóstica associada à análise histopatológica e microbiológica das lesões. A identificação de granulomas com necrose caseosa permanece como achado altamente sugestivo da doença, permitindo direcionamento terapêutico adequado e início precoce da terapia antituberculosa.

Além das dificuldades diagnósticas, observou-se que o atraso na identificação da tuberculose pélvica pode resultar em procedimentos cirúrgicos desnecessários, aumento da morbidade, comprometimento reprodutivo e maior impacto físico e emocional para as pacientes. Nesse sentido, a inclusão da tuberculose genital feminina entre os principais diagnósticos diferenciais de massas anexiais

complexas é essencial, principalmente em regiões endêmicas ou diante de manifestações clínicas inespecíficas associadas à ascite e elevação do CA-125.

Portanto, o reconhecimento precoce da doença, associado à adequada investigação clínica, laboratorial, radiológica e histopatológica, possui papel essencial na redução de erros diagnósticos e na melhora do prognóstico das pacientes. A valorização da abordagem histopatológica contribui significativamente para evitar intervenções cirúrgicas radicais desnecessárias e possibilita tratamento específico oportuno, promovendo melhor evolução clínica e qualidade de vida.

Por fim, o fortalecimento das estratégias de diagnóstico precoce e ampliação do acesso a métodos histopatológicos e microbiológicos especializados podem contribuir significativamente para redução da morbidade associada à doença. A conscientização dos profissionais de saúde acerca das apresentações extrapulmonares da tuberculose representa medida essencial para melhora da acurácia diagnóstica e otimização da assistência às pacientes acometidas.([2,6,7])

Especialmente em regiões endêmicas, a inclusão da tuberculose pélvica entre os principais diagnósticos diferenciais de massas anexiais complexas pode reduzir atrasos terapêuticos e evitar intervenções cirúrgicas desnecessárias.

AGÊNCIA DE FOMENTO
Não houve financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Martingano D, Cagle-Colon K, Chiaffarano J, Marcus A, Contreras D. Pelvic Tuberculosis Diagnosed during Operative Laparoscopy for Suspected Ovarian Cancer. Case Rep Obstet Gynecol. 2018;2018:6452721.
2. Galaviz Valdez ME, Cuéllar Pinzón PM, Núñez DL. Ovarian Tuberculosis Mimicking Ovarian Malignancy: A Diagnostic Challenge in an Endemic Setting. Cureus. 2026;18(3):e104944.
3. Lee CM, Choi JS, Kim M, Kang BK, Bae J, Lee WM, et al. Pretreatment CT Differential Diagnosis of Tuberculous Peritonitis from Peritoneal Carcinomatosis of Advanced Epithelial Ovarian Cancer. Sci Rep. 2023;13(1):1085.
4. Yates JA, Collis OA, Sueblinvong T, Collis TK. Red Snappers and Red Herrings: Pelvic Tuberculosis Causing Elevated CA 125 and Mimicking Advanced Ovarian Cancer. Hawaii J Med Public Health. 2017;76(8):220-224.
5. Ertas IE, Gungorduk K, Ozdemir A, Emirdar V, Gokcu M, Dogan A, et al. Pelvic Tuberculosis, Echinococcosis, and Actinomycosis: Great Imitators of Ovarian Cancer. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2014;54(2):166-171.
6. Chekol TD, Engedaw HA, Asres EM, Yismaw TA, Bezie GA, Fentaye SM, et al. Female Genital Tuberculosis Mimicking Advanced Ovarian Cancer – A Diagnostic Dilemma in Resource Limiting Setup: Case Report and Literature Review. Ann Med Surg (Lond). 2025;87:3032-3036.
7. Wagner A, Arsenić R, David M, Sehouli J, Vidosavljević D, Rohr I. Peritoneal and Upper Genital Tract Tuberculosis. Med Glas (Zenica). 2020;17(1):86-91.
8. Jellal C, Kabila B, Mesbah O, Beqqali B, Badri B, Reguig N, et al. Pelvic-Peritoneal Pseudotumoral Tuberculosis with Elevated CA 125 Mimicking Ovarian Cancer: A Case Report. Radiol Case Rep. 2025;20(1):182-186.