



Candidato: _____

Assinatura: _____

PROVA TEÓRICA

Valor de cada questão objetiva – teste (50): 0,2	0,2	x	=
---	------------	----------	----------

QUESTÕES OBJETIVAS - TESTES

1. Paciente de 63 anos, hipertenso e diabético, com quadro de febre e dispneia há 10 dias. Realizou PCR para SARS-CoV2 via swab nasofaríngeo e orofaríngeo, que resultou positivo. Por descompensação do quadro respiratório, foi internado em Unidade de Terapia Intensiva, evoluindo com necessidade de drogas vasoativas, piora da função respiratória e óbito. Foi realizada uma biópsia pulmonar *post-mortem*. Qual o achado mais provavelmente encontrado?

- a) Pneumonia intersticial linfocítica.
- b) Pneumonia intersticial não específica.
- c) Dano alveolar difuso.
- d) Hiperplasia de pneumócitos.
- e) Pneumonia intersticial usual.

2. No processo de inflamação aguda, os mediadores químicos possuem papel fundamental, tanto local quanto sistemicamente. Entre os mediadores com ações pró-inflamatórias e vasodilatadoras, tem-se:

- a) Prostaglandinas, histamina e óxido nítrico.
- b) Prostaglandinas, tromboxano e lipoxinas.
- c) Lipoxinas, histamina e óxido nítrico.
- d) Tromboxano, óxido nítrico e histamina.
- e) Leucotrienos, tromboxano e lipoxinas.

3. Qual a principal citocina envolvida no processo de fibrose e que está relacionada à formação de cicatrizes queloides?

- a) TGF- β .
- b) IL6.
- c) IL10.
- d) IFN- γ .
- e) TNF- α .

4. Os microRNAs são pequenos segmentos de RNA não-codificante cuja função em diversos processos celulares baseia-se em:

- a) Inibir a tradução de RNAs mensageiros por pareamento.
- b) Aumentar a tradução de RNAs mensageiros por estimulação do sistema ribossomal.
- c) Servir de molde para tradução de proteínas alternativas.
- d) Agir na regulação epigenética de metilação de promotores.
- e) Inativar histonas por ligação direta.

5. Como exemplo de ferida geralmente submetida a processo de cicatrização por primeira intenção, tem-se:
- Corte cirúrgico feito com bisturi.
 - Lesão cutânea por abrasão química em aula de laboratório.
 - Erosão cutânea causada por queda de bicicleta.
 - Úlceras de decúbito em paciente acamado.
 - Lesão esofageana por refluxo ácido.
6. Assinale a alternativa **CORRETA** em relação aos diversos cenários de oncogênese:
- O ambiente para o desenvolvimento do adenocarcinoma gástrico é similar ao do câncer de fígado induzido pelo HBV e HCV, por promover proliferação celular em um contexto de inflamação crônica.
 - Os produtos dos oncogenes agem como reguladores negativos do crescimento tumoral, sofrendo muitas vezes inativação funcional no processo de oncogênese.
 - Entre as alterações epigenéticas relacionadas às neoplasias podemos citar alteração funcional nas histonas, que quanto mais acetiladas, mais fortemente aderidas ao DNA, facilitando sua transcrição.
 - A inativação das metaloproteinases é necessária para o processo de metástase.
 - A telomerase, enzima responsável pela clivagem e diminuição dos telômeros dos cromossomos, é responsável pelo envelhecimento celular e, portanto, possui papel anti-oncogênico.
7. Encefalite bilateral, simétrica, acompanhada de necrose hemorrágica do lobo temporal, ínsula e giro cingulado. Microscopia mostra inflamação crônica perivascular, nódulos microgliais e eventuais inclusões intranucleares. Qual o agente etiológico mais comumente responsável por esse quadro?
- Mycobacterium tuberculosis*.
 - Vírus Herpes Simples.
 - HIV.
 - HTLV1.
 - Vírus da Varicela Zoster.
8. É característica comum a mais de 90% dos Glioblastomas, particularmente em paciente acima de 55 anos:
- Perda da imunorreatividade para *ATRX*.
 - Mutação R132H no gene *IDH1*.
 - Ausência de mutação nos genes *IDH1/IDH2*.
 - Presença da codeleção de 1p e 19q.
 - Perda da expressão de GFAP.
9. Sobre o Ependimoma, positivo para fusão do gene *RELA*, assinale a alternativa **INCORRETA**:
- É mais comum em crianças.
 - É o mais comum subtipo de ependimoma supratentorial.
 - É mais comum no compartimento infratentorial.
 - Possui prognóstico pior que os demais subtipos de ependimomas supratentoriais.
 - Eles não possuem achados histopatológicos específicos.
10. Paciente de 38 anos, com tumor cerebral frontal. À microscopia, foi observado um glioma difuso de baixo grau, com expressão difusa de IDH1 (R132H) e p53, além de perda de ATRX, com índice proliferativo de cerca de 2%. Qual o diagnóstico mais provável?
- Oligodendroglioma, IDH mutante (grau II da OMS).
 - Astrocitoma difuso, IDH-mutante (grau II da OMS).
 - Astrocitoma anaplásico, IDH mutante (grau III da OMS).
 - Astrocitoma pilocítico (grau I da OMS).
 - Xantoastrocitoma pleomórfico (grau II da OMS).

11. Sobre melanomas, assinale a opção **INCORRETA**:

- a) Breslow e presença de ulceração são itens obrigatórios em laudo de melanoma para preciso estadiamento patológico do tumor.
- b) Um melanoma extensivo superficial invasivo apresentando 1 mitose/mm², identificada somente no componente intraepidérmico, contudo apresentando blocos dérmicos menores que os blocos intraepidérmicos, encontra-se em fase vertical de crescimento.
- c) As mutações nos genes *BRAF*, *NRAS* e *KIT* variam em frequência em relação ao subtipo histológico de melanoma, idade e localização da lesão.
- d) É característico dos melanomas do tipo lentigo maligno acometer pele de pessoas idosas, em local de extensa exposição solar. Na histologia apresentam atrofia e retificação da epiderme, com proliferação de melanócitos, predominantemente dispostos de maneira isolada.
- e) O melanoma extensivo superficial apresenta por conceito sempre fase radial de crescimento e é o subtipo mais comum de melanoma de pacientes não idosos.

12. Marque a opção que reflete neoplasias de diferenciação apócrina/écrina, folicular e apócrina/écrina, respectivamente, nesta ordem:

- a) Poroma, hidroadenoma, pilomatricoma.
- b) Tricoblastoma, espiroadenoma, poroma.
- c) Hidroadenoma, poroma, espiroadenoma.
- d) Cilindroma, triquilemoma, hidroadenoma.
- e) Triquilemoma, espiroadenoma, cilindroma.

13. No eritema nodoso podemos encontrar as seguintes alterações, **EXCETO**:

- a) Inflamação septal com linfócitos e neutrófilos.
- b) Nódulos de Miescher.
- c) Vasculite de grandes vasos.
- d) Espessamento septal.
- e) Leve infiltrado linfocitário perivascular na derme.

14. Quais das opções abaixo melhor reflete uma possível sequência da técnica de congelação de pele utilizando o criostato:

- a) Descrição e corte macroscópico – criostato a -5°C - cortes a 15 micrômetros – avaliação pelo patologista.
- b) Descrição e corte macroscópico – criostato a -25°C - cortes a 5 micrômetros – avaliação pelo patologista.
- c) Descrição e corte macroscópico – criostato a -10°C - cortes a 30 micrômetros – avaliação pelo patologista.
- d) Descrição macroscópica – corte – criostato a -60°C - cortes a 10 micrômetros – avaliação pelo patologista.
- e) Descrição macroscópica – corte – criostato a 5°C - cortes a 5 micrômetros – avaliação pelo patologista.

15. Quais das opções abaixo apresentam algum item que não reflete as características associadas a maior risco de recidiva de carcinoma basocelular:

- a) Lesão recorrente, subtipo infiltrante.
- b) Subtipo infiltrante, invasão perineural.
- c) Sítio de radioterapia prévia, subtipo esclerodermiforme.
- d) Paciente imunossuprimido, subtipo micronodular.
- e) Subtipo esclerodermiforme, lesão na derme reticular.

16. Assinale a opção que **NÃO** reflete corretamente uma possibilidade de uso da coloração histoquímica apresentada com a condição apresentada:

- a) Warthin-Starry - auxiliar na identificação de micro-organismos na tuberculose ganglionar.
- b) PAS - identificar espessamento da membrana basal em lúpus eritematoso.
- c) Alcian Blue - identificar mucina na mucinose folicular.
- d) Giemsa - auxiliar a identificação de mastócitos na urticária pigmentosa.
- e) Perls - distinção de pigmentação entre hemossiderina e melanina.

17. Assinale a opção **FALSA**:

- a) Na avaliação histológica do líquen plano, identificamos hipergranulose, acantose em dente de serra, com dermatite de interface e ainda queratinócitos apoptóticos.
- b) Na avaliação histológica da psoríase, identificamos hiperparaqueratose, neutrófilos agrupados na camada espinhosa e/ou córnea, acantose e capilares com ectasia na derme superficial.
- c) Síndrome de *Sweet* e Doença do enxerto *versus* hospedeiro (GVHD) são consideradas urgências dermatológicas.
- d) O achado de coluna de paraqueratose ou lamela corneada é característico da poroqueratose.
- e) Existem síndromes genéticas, como aquelas causadas por mutações germinativas no gene *BRCA1*, que classicamente conferem aos pacientes aumento de risco de desenvolvimento de tumores cutâneos.

18. Sobre as lesões bolhosas, marque a opção **FALSA**:

- a) O pênfigo foliáceo se caracteriza por separação ao nível da camada basal da epiderme.
- b) O penfigoide bolhoso é caracterizado por bolha subepidérmica. Eosinófilos são encontrados no interior da bolha.
- c) A dermatite herpetiforme é caracterizada por bolha subepidérmica com coleções de neutrófilos na papila dérmica.
- d) Na avaliação do pênfigo vulgar identificamos acantólise suprabasal.
- e) O estudo de imunofluorescência direta mais comumente empregado na avaliação de lesões de pele inclui as imunoglobulinas IgA, IgM, IgG e o Complemento C3.

19. Em relação aos tumores de ovário, assinale a opção **FALSA**:

- a) Pacientes com mutação germinativa em *BRCA1* ou com suspeita de síndrome de predisposição ao desenvolvimento de câncer de mama/ovário, se submetidos à salpingo-ooforectomia profilática, devem ter o espécime representado macroscopicamente em sua totalidade para exame microscópico.
- b) Os carcinomas de células claras do ovário não são graduados.
- c) Os teratomas imaturos são graduados de acordo com a extensão dos elementos imaturos que eles apresentam.
- d) Os corpos de Call-Exner são característicos do tumor de seio endodérmico.
- e) Os fibromas são os tumores mais frequentes do cordão sexual.

20. Sobre a patologia do trato ginecológico, assinale a alternativa **FALSA**:

- a) Os adenocarcinomas endometrioides do endométrio costumam apresentar positividade imunoistoquímica para citoceratina 7 e negatividade para citoceratina 20.
- b) O comprometimento glandular endocervical (sem infiltração do estroma) por uma neoplasia endometrial é estadiado como pT2.
- c) O achado de mitoses é normal no endométrio em fase proliferativa.
- d) A imunoistoquímica para CD30 pode auxiliar no diagnóstico diferencial entre carcinoma embrionário e coriocarcinoma.
- e) São critérios para definir diagnóstico de endometriose a combinação de 2 dos seguintes 3 critérios: presença de glândula endometrial, presença de estroma endometrial e sinais de hemorragia crônica.

21. Sobre os tumores endocervicais, assinale a opção **FALSA**:

- a) O HPV apresenta importância apenas no contexto dos carcinomas de células escamosas do colo uterino e não nos adenocarcinomas endocervicais.
- b) Os padrões descritos por Silva estratifica os adenocarcinomas endocervicais invasivos em 3 grupos: padrões A, B e C, relacionados à presença e extensão de invasão destrutiva do estroma.
- c) São tipos de adenocarcinoma endocervical: células claras, mesonéfrico e gástrico.
- d) Imunoistoquímica para p16 e Ki-67 apresentam correlação com infecção pelo HPV nas lesões de colo uterino.
- e) Os subtipos de HPV 6 e 11 são de baixo risco oncogénico.

22. Qual das opções abaixo **NÃO É** utilizada para o diferencial entre carcinoma seroso de baixo e alto grau do ovário?

- a) Índice mitótico.
- b) Tamanho nuclear.
- c) Imunoistoquímica para MSH2 e MSH6.
- d) Imunoistoquímica para p53.
- e) Imunoistoquímica para p16.

23. Em relação aos carcinomas do endométrio, qual das opções abaixo é **FALSA**?
- a) Mutações em TP53 são os eventos moleculares mais comuns dos carcinomas serosos do endométrio.
 - b) O gene ARID1A é comumente alterado em carcinomas endometriais associados à endometriose.
 - c) É comum positividade forte e difusa para p16 nos carcinomas serosos do endométrio.
 - d) Os adenocarcinomas de células claras do endométrio apresentam em geral marcação imunoistoquímica positiva para Napsin A e AMACR.
 - e) As variantes histológicas dos carcinomas endometrioides são exclusivas dos tumores primários do endométrio.
24. Esôfago de Barrett é uma complicação do refluxo gastroesofágico, resultando na substituição do epitélio escamoso pelo epitélio colunar. Diante desta afirmativa, assinale a alternativa **INCORRETA**:
- a) O diagnóstico de Esôfago de Barrett baseia-se na identificação das células enterocromafins em mucosa colunar, utilizando-se imunoistoquímica para sua identificação.
 - b) Uma variedade de fatores de risco tem sido implicados no seu aparecimento: sexo masculino, idade avançada, obesidade, hérnia de hiato, fumo e diminuição na pressão de repouso do esfíncter esofágico superior.
 - c) A correlação endoscópica (local da biópsia) é fundamental para o diagnóstico de esôfago de Barrett.
 - d) O achado incidental de células caliciformes em biópsias na junção esôfago-gástrica não preenche critério isolado para esôfago de Barrett.
 - e) A presença ou ausência de displasia deve ser referida no laudo histopatológico de Barrett e, se presente, caracterizada como baixo ou alto grau e validada por dois patologistas.
25. Assinale F para Falso e V para verdadeiro, marcando abaixo a sequência **CORRETA**:
- A presença em biópsias ileais de: metaplasia pilórica, infiltrado inflamatório crônico e fibrose, mesmo na ausência de granulomas, pode corresponder à doença de Crohn (correlacionando com clínica, imagem e colonoscopia).
 - A aplicação do Sistema OLGA para estadiamento de atrofia gástrica e OLGIM para metaplasia intestinal, para gastrites crônicas, só deve ser aplicado na presença de dois fragmentos antrais, um da incisura e dois da mucosa do corpo gástrico.
 - A gastrite autoimune (com anemia perniciosa) pode estar associada ao aparecimento de tumores neuroendócrinos tipo III.
 - Gastropatias químicas (alcalina, biliar) mostram essencialmente alterações vasculares e microabscessos neutrofilicos de glândulas.
 - Pólipos fibroides inflamatórios podem ocorrer no antro, a maioria são sésseis, tem eosinofilia, são positivos para vimentina e a maioria negativos pra CD34.
 - Os tutoriais OLGA e OLGIM devem ser utilizados em biópsias de gastrite crônica, como fatores prognósticos da presença de atrofia e metaplasia intestinal no monitoramento do aparecimento de carcinomas gástricos.
- a) V, F, F, F, V, F.
 - b) F, V, F, F, F, V.
 - c) V, V, V, F, F, V.
 - d) V, V, F, F, F, V.
 - e) V, V, F, V, F, V.
26. Assinale a alternativa **INCORRETA**:
- a) A margem radial deve ser analisada em todos carcinomas retais e em segmentos colônicos não peritonializados.
 - b) Adenocarcinomas gástricos devem ser pesquisados para Her-2 e sua expressão e análise imunoistoquímica é semelhante à realizada no tumor de mama.
 - c) Nódulos carcinomatosos colônicos circunscritos, envoltos por lâmina elástica (ao H&E ou colorações para elástica) são considerados invasão venosa.
 - d) A presença de *tumor budding* intratumoral e peritumoral deve ser analisada de acordo com o consenso estabelecido.
 - e) Adenocarcinomas intramucosos colônicos tem prognóstico semelhante aos adenomas com displasia de alto grau.

27. Mucocelos de apêndice podem ser neoplásicas ou inflamatórias. Diante desta afirmativa, assinale a opção **INCORRETA**:
- a) As mucocelos inflamatórias por obstrução podem atingir tamanhos maiores que 3,0 cm.
 - b) Neoplasias mucinosas epiteliais do apêndice que não apresentam características óbvias de invasão, devem ser relatadas como neoplasias mucinosas de baixo grau (LAMN) de malignidade do apêndice.
 - c) A representação macroscópica do apêndice cecal deve incluir sempre a base (margem cirúrgica).
 - d) Na neoplasia mucinosa de baixo grau do apêndice, as células podem estar ausentes ou serem muito escassas dentro do material mucinoso. Ampla amostragem sempre é necessária.
 - e) Os parâmetros de análise e laudos oncológicos para tumores de apêndice segue o mesmo dos protocolos colônicos.
28. A análise de biópsias íleo-colônicas é rotina em laboratórios de anatomia patológica. Assinale a afirmativa **INCORRETA**:
- a) Os achados histopatológicos da retocolite ulcerativa idiopática são divididos em alterações arquiteturais (criptas distorcidas), alterações epiteliais (perda de células caliciformes e metaplasia de células de Paneth) e alterações da lâmina própria (aumento da celularidade linfo-plasmocitária de base).
 - b) A presença de ileíte distal granulomatosa pode estar relacionada a doença de Crohn, mesmo sem acometimento retal.
 - c) A retocolite ulcerativa idiopática pode ser diagnosticada somente em bases morfológicas.
 - d) O diagnóstico de colite colagênica pode estar associada ao espectro da colite microscópica, mas pode ocorrer em estados isquêmicos ou em uso de alguns anti-hipertensivos.
 - e) O rastreamento de displasia/câncer colorretal associado a DII deve ser feito com biópsias seriadas dos segmentos, acondicionando-os em frascos separados e identificados.
29. O adenocarcinoma ductal pancreático (ADP) é o tumor sólido exócrino mais frequente do pâncreas. São tumores de crescimento rápido e em geral são descobertos depois de já terem invadido os tecidos peripancreáticos. Assinale a alternativa **INCORRETA**:
- a) Invasão da veia (ramo) portal não afeta o estadiamento patológico, mas é um importante fator prognóstico do adenocarcinoma ductal.
 - b) Pancreatite crônica é um diagnóstico diferencial importante, sendo fácil sua distinção do ADP.
 - c) Tamanho e localização do tumor, grau de diferenciação, invasão linfovascular, perineural, análise da margem radial e circunferencial são todos fatores prognósticos.
 - d) A presença de pequenos ductos localizados na gordura extrapancreática, sem a presença concomitante de ácinos ou ilhotas é um indicador de malignidade.
 - e) A punção/biópsia guiada por ecoendoscopia tem se mostrado um método eficaz para o diagnóstico de lesões císticas intraepiteliais e ADP.
30. Doenças hepáticas não neoplásicas são muito prevalentes em nosso meio. Por isso, o correto diagnóstico hepático morfológico pode colaborar numa condução clínica adequada do paciente. Assinale a alternativa **INCORRETA**:
- a) A classificação de METAVIR e da SBP são ferramentas algorítmicas para estadiamento da fibrose e atividade inflamatória, usadas somente em hepatites virais.
 - b) Padrões colestáticos/inflamatórios agudos podem corresponder a hepatites virais, hepatites autoimunes ou ainda a uso crônico ou idiossincrático medicamentoso.
 - c) Para o diagnóstico histológico da esteatohepatite não alcoólica (NASH) é necessário: tumefação/balonização hepatocitária, esteatose macrogoticular, fibrose pericelular e inflamação mista acinar.
 - d) A elastografia é o método de escolha para avaliação de esteatose e fibrose hepáticas atualmente.
 - e) Para a adequada análise de biópsias hepáticas em crianças e adultos é fundamental uma boa quantidade de espaços-porta biopsiados (idealmente entre 9 e 11).

31. Em relação às neoplasias hepáticas, é **CORRETO** afirmar:

- a) Adenomas hepatocelulares são lesões benignas frequentes que podem aparecer em fígados normais.
- b) O hepatocarcinoma está associado a hepatites virais B ou C prévias, sempre em fígados cirróticos, sendo sua forma de apresentação um único nódulo ou múltiplos nódulos.
- c) A análise de carcinomas metastáticos de origem colorretal requer estudo imunoistoquímico para as proteínas de reparo do DNA (MMR), bem como pesquisa de mutações nos genes *KRAS* e *NRAS*, caso não realizadas no tumor original.
- d) Anticorpos com sensibilidade elevada para o diagnóstico de hepatocarcinoma são: HepPar-1, Glypican-3, CEA monoclonal e CD34.
- e) É sempre um desafio distinguir entre hepatocarcinoma, colangiocarcinoma e adenocarcinoma metastático, sendo o exame imuno-histoquímico isolado suficiente para esta definição.

32. A adenose da mama é definida como aumento relativo no número de unidades acinares nas unidades ducto-lobulares terminais. Trata-se de uma proliferação não neoplásica, e a população normal com a dupla camada de células e a membrana basal encontram-se preservadas. Sobre este grupo de lesões, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) A adenose esclerosante pode estar associada às microcalcificações distróficas intraluminais, embora isso seja infrequente. Normalmente, os ductos e ácinos agrupam-se em estroma colagenoso, formando nódulo palpável, que pode mimetizar carcinoma mamário invasivo.
- b) A adenose apócrina é uma lesão lobulocêntrica, com padrão muito semelhante à adenose esclerosante, mas mostrando transformação apócrina de suas células. Quando estas lesões formam nódulo bem definido e móvel, aplica-se o nome de adenoma apócrino. Em relação ao perfil hormonal, normalmente ambas exibem positividade para os receptores de estrogênio e progesterona.
- c) A cicatriz radial e a lesão esclerosante complexa são lesões benignas, com fibroelastose e aprisionamento de estruturas glandulares, com ou sem lesões proliferativas. Cicatrizes radiais são lesões pequenas, tipicamente de configuração estrelada, enquanto lesões esclerosantes complexas são maiores e mais desorganizadas.
- d) A adenose microglandular é uma lesão lobulocêntrica, em que as glândulas apresentam uma única camada celular, ou seja, sem mioepitélio, mas preservando a membrana basal. Pode ser facilmente confundida com carcinoma, devendo-se atentar pela ausência de atipias, para definir adequadamente a lesão como sendo benigna.
- e) As células epiteliais que revestem os ácinos e os ductos da cicatriz radial e lesão esclerosante complexa são frequentemente atróficas e pode-se ter ausência de células mioepiteliais nestes ductos, tornando a distinção com o carcinoma um grande desafio diagnóstico.

33. Neoplasias papilares são formadas predominantemente por papilas, que consistem em eixos fibrovasculares, recobertas por epitélio com ou sem camada mioepitelial, dependendo do tipo da lesão. A natureza do epitélio determina se a neoplasia é benigna, atípica ou maligna. Sobre este grupo de neoplasias, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) O ponto de corte de 3,0 mm é utilizado para distinguir a hiperplasia ductal atípica e o carcinoma ductal *in situ* de baixo grau em papilomas.
- b) Carcinoma ductal *in situ* papilar geralmente envolvem ductos centrais ou subareolares e raramente associam-se a outros padrões arquiteturais de carcinomas *in situ*.
- c) O carcinoma papilar encapsulado é uma neoplasia observada na região central, sendo formada por uma cápsula fibrosa, envolvendo papilas recobertas por células ductais monomórficas com grau nuclear baixo ou intermediário. O mioepitélio está ausente. Normalmente estas neoplasias acometem pacientes jovens e podem ser consideradas carcinomas *in situ*.
- d) O carcinoma papilar sólido é uma neoplasia considerada *in situ*. A presença de invasão exclui este diagnóstico, sendo mais apropriado chamá-lo de carcinoma mamário invasivo de tipo não especial (carcinoma ductal infiltrante, SOE).
- e) O carcinoma papilar invasivo é uma neoplasia mamária com padrão de crescimento francamente infiltrativo. É um tipo de neoplasia relativamente comum e o subtipo micropapilar normalmente não traz maiores problemas em ser distinguido de implantes secundários de sítios extramamários.

34. As lesões proliferativas intraductais formam um grupo heterogêneo, a maioria originando-se das unidades terminais ducto-lobulares e confinadas ao sistema mamário ducto-lobular. Algumas destas lesões são consideradas como indicadores de risco de carcinogênese, enquanto outras são precursoras verdadeiras de carcinoma mamário. Sobre este grupo de lesões, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) As alterações de células colunares e as hiperplasias de células colunares devem ser distinguidas pelas distorções arquiteturais, presentes nas últimas.
- b) A atipia epitelial plana é caracterizada por ácinos dilatados e arredondados, localizados na unidade terminal ducto-lobular, mostrando atipias que lembram o carcinoma ductal *in situ* de baixo grau.
- c) A hiperplasia ductal usual ocorre exclusivamente nas unidades terminais ducto-lobulares e pode estar associada com outras lesões, como: papiloma intraductal, fibroadenoma, cicatriz radial, entre outras.
- d) A hiperplasia ductal atípica é uma lesão proliferativa semelhante ao carcinoma ductal *in situ* de baixo grau, porém é menos extensa e normalmente mostra fraca positividade para receptor de estrogênio.
- e) O adenoma de mamilo é uma lesão proliferativa, com padrão morfológico muito semelhante ao carcinoma ductal *in situ*. A distinção entre ambos é extremamente difícil, com papel limitado do exame imunoistoquímico, pois as duas lesões mostram painel semelhante.

35. Marque a alternativa **CORRETA** em relação ao perfil imunoistoquímico mais provável dos carcinomas invasivos da mama:

- a) Carcinoma lobular invasivo: e-caderina (+); RE (+), RP (+), HER2 (-).
- b) Carcinoma com diferenciação apócrina: RE(+), RP(+), HER2(-).
- c) Carcinoma tubular: RE(+), RP(+), HER2 (+).
- d) Carcinoma mucinoso: RE(-), RP(-), HER2 (+).
- e) Carcinoma metaplásico: RE(-), RP(-), HER2(-).

36. Os oncocitomas renais originam-se das células intercaladas dos ductos coletores e são caracterizadas por células com abundante citoplasma acidofílico e granular, cujos núcleos são ovoides ou redondos, mostrando cromatina delicada e nucléolos pequenos ou ausentes. Os oncocitomas devem ser diferenciados de outros tumores renais com células eosinofílicas. Em relação a isso, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) A pesquisa do ferro coloidal costuma ser positiva nos oncocitomas e negativa nos carcinomas de células renais do tipo cromóforo.
- b) Os carcinomas de células renais, subtipo papilar oncocítico, devem apresentar pouca dificuldade diagnóstica, pois projeções papilares focais dentro dos túbulos neoplásicos, ajuda a excluir o diagnóstico de oncocitoma.
- c) A invasão do tecido adiposo perirrenal ajuda a excluir a possibilidade de oncocitoma, uma vez que por se tratar de neoplasia benigna, este comportamento não seria esperado.
- d) As citoqueratinas 8, 18 e 20 mostram positividade difusa nos oncocitomas e juntamente com marcação negativa para o CD10, ajudam a excluir a possibilidade de carcinoma de células renais.
- e) A extensão dos oncocitomas para pequenos vasos é virtualmente impossível, sendo também considerado um marcador morfológico preditivo de malignidade.

37. A avaliação adequada das neoplasias uroteliais papilares da bexiga urinária é crucial na definição de conduta apropriada. Muitas vezes, o patologista encontra dificuldades significativas por problemas técnicos, que podem ter sido ocasionados durante o procedimento cirúrgico, mas muitas vezes podem ocorrer falhas pré-analíticas durante o processamento do material dentro dos laboratórios. Sobre isso, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) As mutações FGFR são úteis para definir tratamento de carcinoma urotelial metastático. A sua análise pode ser realizada por meio de RT-PCR. O tempo de isquemia fria não tem relação direta com a desnaturação gênica.
- b) Formol tamponado a 10% tem como objetivo apenas a preservação morfológica dos tecidos.
- c) Os artefatos de cauterização prejudicam muito não somente os parâmetros morfológicos, mas também podem alterar moléculas e genes do tecido. Os artefatos de cauterização mais comuns são: distorções teciduais, edema, homogeneização das fibras do tecido conjuntivo, vacuolização e borramento dos núcleos.
- d) Em amostras de ressecção transuretral, a invasão de tecido adiposo indica extensão peri-vesical do carcinoma.
- e) Nos casos em que o carcinoma invade tecido muscular, mas não há certeza se este tecido representa muscular da mucosa ou muscular própria, deve-se optar por considerar o tumor sempre como pT2.

38. As neoplasias testiculares são bem heterogêneas, muitas vezes sendo necessário estudo imunoistoquímico em tumores germinativos mistos, para definir melhor os seus componentes. Sobre isso, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Seminoma: PLAP +, CD117 -, citoqueratina +.
- b) Carcinoma embrionário: citoqueratina +, PLAP -, SALL4 -.
- c) Tumor do seio endodérmico: PLAP +/-, Alfa-fetoproteína +.
- d) Coriocarcinoma: Glypican -, citoqueratina -, Beta-HCG +.
- e) Tumor do cordão sexual: Inibina -, Calretinina +.

39. A graduação dos adenocarcinomas prostáticos têm sido alvo de debate durante muitos anos. Sobre o sistema de Gleason, utilizado nestes tumores, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Este sistema é utilizado exclusivamente nos adenocarcinomas acinares.
- b) O padrão cribriforme é definido como sendo padrão 4.
- c) A presença de comedonecrose é incluída nos critérios do padrão 4.
- d) Não há diferenças de comportamento biológico entre os padrões 4+3 e 3+4.
- e) Além da ausência de células basais, que pode ser mais bem apreciada pelo estudo imunoistoquímico, a presença de nucléolos proeminentes é sempre observada no padrão 3.

40. Assinale a alternativa **FALSA**:

- a) A vilosite proliferativa tem afluxo linfoplasmocitário e também necrose trofoblástica.
- b) O marco da placentite hematogênica é a vilosite, que na grande maioria dos casos é de causa indeterminada.
- c) Vilosites de causa indeterminada podem se tratar de uma resposta imunológica materna.
- d) Vilosites podem ser crônicas e estar relacionadas a linfócitos T citotóxicos (CD8+).
- e) Vilosites basais e parabasais podem estar relacionadas a reprodução assistida.

41. Assinale a alternativa **FALSA**:

- a) Hipoplasia tímica, associada à hepatoesplenomegalia, pode estar associada a infecções do grupo TORCHS.
- b) A vilosite relacionada a sífilis é rica em células inflamatórias (linfócitos e plasmócitos - vilosite proliferativa), além de padrão de vilosite reparativa.
- c) A sífilis placentária pode ser diagnosticada facilmente pela coloração da prata (orceína).
- d) O exame imunoistoquímico é o exame complementar preferencial para pesquisa do agente etiológico.
- e) O Parvovírus B19 pode ser observado em inclusões eosinofílicas nos eritroblastos fetais.

42. Marque a alternativa que apresenta o padrão morfológico e a etiologia da maior parte dos carcinomas de células escamosas da orofaringe.

- a) Queratinizante e HPV.
- b) Não queratinizante e EBV.
- c) Queratinizante e tabagismo.
- d) Queratinizante e rearranjos de EGFR.
- e) Não queratinizante e HPV.

43. De acordo com a classificação mais recente da Organização Mundial da Saúde, qual das afirmações abaixo define Adenocarcinoma pulmonar minimamente invasivo?

- a) É um adenocarcinoma de padrão lepidico predominante, no qual o componente não lepidico invasivo é menor que 0,5 cm.
- b) É um adenocarcinoma de padrão lepidico predominante, que mede até 2,0 cm, com comprometimento focal da pleura.
- c) É um adenocarcinoma de padrão lepidico predominante, no qual o componente não lepidico invasivo apresenta somente padrão acinar.
- d) É um adenocarcinoma de padrão lepidico predominante, que mede até 3 cm e apresenta componente não lepidico invasivo de até 0,5 cm, restrito ao pulmão, sem necrose ou disseminação de espaços alveolares.
- e) É um adenocarcinoma de padrão lepidico predominante, que mede menos de 1 cm e apresenta componente não lepidico invasivo menor que 0,1 cm, restrito ao pulmão, sem necrose ou disseminação de espaços alveolares.

44. Qual das alterações moleculares abaixo está mais frequentemente associada a um Adenocarcinoma pulmonar invasivo, de padrão sólido com células em anel de sinete?
- Mutação L858R no éxon 21 do gene *EGFR*.
 - Rearranjo do gene *ALK*.
 - Mutação G12C no gene *KRAS*.
 - Deleção no éxon 19 do gene *EGFR*.
 - Mutação V600E no gene *BRAF*.
45. Qual painel imuno-histoquímico abaixo é o mais característico do Tumor fibroso solitário?
- CD34 + ; STAT6 + ; AE1/AE3 - ; S100 - .
 - CD34 + ; STAT6 - ; AE1/AE3 + ; S100 + .
 - CD34 - ; CD99 + ; BCL2 + ; EMA + .
 - CD34 - ; CD99 + ; BCL2 - ; S100 + .
 - CD34 + ; CD99 - ; AE1/AE3 + ; S100 - .
46. Qual a alteração molecular mais frequente em Lipossarcomas desdiferenciados do retroperitônio?
- Fusão entre os genes *FUS-DDIT3*.
 - Fusão entre os genes *EWSR1-WT1*.
 - Amplificação do gene *MDM2*.
 - Deleção do gene *CDKN2A*.
 - Amplificação do gene *EGFR*.
47. Qual abaixo **NÃO** é um critério de adequabilidade da amostra no Sistema de Paris para relatar citologia urinária?
- Mais de 30 ml para urina expelida.
 - Mais de 2 células uroteliais por 10 campos de grande aumento para urina instrumentada.
 - Presença de células atípicas ou malignas.
 - Ausência de elementos que possam obscurecer a morfologia.
 - Presença de 6 grupos de células uroteliais benignas com 10 células cada.
48. Segundo as orientações do Sistema de Milão para relatar citologia de glândulas salivares, qual dos diagnósticos abaixo é possível categorizar como neoplasia benigna, por haver critérios citomorfológicos estabelecidos?
- Adenoma pleomórfico.
 - Adenoma de células basais.
 - Mioepitelioma.
 - Sialoadenoma papilar.
 - Sialoadenite linfoepitelial.
49. Paciente apresentando clínica de Tireoidite de Hashimoto, com características ultrassonográficas benignas, sendo realizada punção aspirativa. Na microscopia, a amostra era moderadamente celular, composta quase que exclusivamente por células de Hürthle. Qual a conduta cirúrgica mais apropriada para esta paciente?
- Acompanhamento clínico.
 - Repetir a punção.
 - Lobectomia.
 - Tireoidectomia.
 - Tireoidectomia e esvaziamento cervical nível VI.
50. Em qual categoria você colocaria o lavado peritoneal de uma paciente com clínica de pseudomixoma peritoneal, com amostra de aspecto mucoide na macroscopia, cuja microscopia não demonstra células neoplásicas?
- Não diagnóstico.
 - Negativo para malignidade.
 - Atipia de significado indeterminado.
 - Suspeito para malignidade.
 - Positivo para malignidade.



Candidato: _____

Assinatura: _____

PROVA TEÓRICA – CARTÃO RESPOSTA

Valor de cada questão (50): 0,2	0,2	x	=
---------------------------------	-----	---	---

QUESTÃO	RESPOSTA	QUESTÃO	RESPOSTA	QUESTÃO	RESPOSTA	QUESTÃO	RESPOSTA
1		14		27		40	
2		15		28		41	
3		16		29		42	
4		17		30		43	
5		18		31		44	
6		19		32		45	
7		20		33		46	
8		21		34		47	
9		22		35		48	
10		23		36		49	
11		24		37		50	
12		25		38			
13		26		39			



Candidato: _____

Assinatura: _____

PROVA PRÁTICA – PATOLOGIA CIRÚRGICA

CASO 1: Mulher, 60 anos. Lesões bolhosas na superfície flexora dos membros e tronco. Biópsia de pele.

Hipótese diagnóstica principal: _____

Diagnóstico diferencial: _____

Descreva de forma sucinta a fisiopatologia desta doença: _____

CASO 2: Homem, 52 anos. Placas eritematosas levemente descamativas em joelhos, cotovelos e região lombar.

Biópsia de pele.

Hipótese diagnóstica principal: _____

Diagnóstico diferencial: _____

Cite dois sinais/fenômenos clínicos associados à esta doença: _____

CASO 3: Mulher, 35 anos. Lesões eritematosas em face. Biópsia de pele.

Hipótese diagnóstica principal: _____

Diagnóstico diferencial: _____

Qual o resultado esperado da imunofluorescência direta nesta doença? _____

CASO 4: Homem, 72 anos. Lesão de pele de região dorsal. Biópsia excisional.

Hipótese diagnóstica principal: _____

Diagnóstico diferencial: _____

Cite 3 características histopatológicas que devem constar no laudo anatomopatológico desta doença, descrevendo sucintamente como avaliá-las: _____

CASO 5: Mulher, 25 anos. Quadro algico agudo em fossa ilíaca direita. Submetida à apendicectomia.

Hipótese diagnóstica principal: _____

Diagnóstico diferencial: _____

Cite 3 marcadores imunoistoquímicos que podem ser expressos nesta condição: _____

CASO 6: Mulher, 28 anos. Biópsia de colo uterino.

Hipótese diagnóstica principal: _____

Diagnóstico diferencial: _____

Descreva sucintamente a fisiopatologia desta doença: _____

CASO 7: Mulher, 32 anos. Tumoração em ovário direito. Marcadores imunoistoquímico positivos: AE1/AE3 e EMA (ambos focalmente). Marcadores negativos: desmina, S100, inibina e BRG1 (perda de expressão).

Hipótese diagnóstica principal: _____

Diagnóstico diferencial: _____

Qual o nome do gene mais frequentemente mutado nesta neoplasia? _____

CASO 8: Mulher, 72 anos. Múltiplas lesões pulmonares em vidro fosco. Uma delas foi biopsiada.

Hipótese diagnóstica principal: _____

Diagnóstico diferencial: _____

Cite 3 genes que devem ser investigados nesta condição com o objetivo de predição de resposta à terapia alvo:

CASO 9: Mulher, 65 anos, tabagista de 40 maços-ano. Biópsia de extensa tumoração em hilo pulmonar.

Hipótese diagnóstica principal: _____

Diagnóstico diferencial: _____

Com base na sua principal hipótese, quais os marcadores imunoistoquímicos mais provavelmente positivos?

CASO 10: Homem, 53 anos. Lesão discretamente polipoide à cistoscopia. Biópsia vesical

Hipótese diagnóstica principal: _____

Diagnóstico diferencial: _____

Descreva sucintamente a fisiopatologia desta condição: _____

CASO 11: Homem, 63 anos. Tumor renal. Marcadores imunoistoquímicos positivos: citoceratina 7 e Anidrase carbônica IX. Marcadores negativos: CD10 e Racemase.

Hipótese diagnóstica principal: _____

Diagnóstico diferencial: _____

Qual o prognóstico desta condição? _____

CASO 12: Homem, 29 anos. Tumor testicular. Marcadores imunoistoquímicos difusamente positivos: AE1/AE3 e CD30. Marcadores negativos: CD117 e hCG.

Hipótese diagnóstica principal: _____

Diagnóstico diferencial: _____

Qual a alteração molecular/citogenética mais associada à esta neoplasia? _____

CASO 13: Homem, 52 anos. Transplantado renal há 7 anos, assintomático, com elevação progressiva de creatinina (1,2 para 1,8), associada à proteinúria subnefrótica. Em uso de tacrolimus e ácido micofenólico. Pesquisa de anticorpos anti-HLA do doador positiva. Realizada biópsia renal. Imunofluorescência negativa para imunoglobulinas, fatores do complemento, cadeias leves e fibrinogênio.

Descrição microscópica: _____

Hipótese diagnóstica principal: _____

Diagnóstico diferencial: _____

CASO 14: Homem, 55 anos, HIV-positivo, com confusão mental. Foi identificada uma lesão cerebral, que foi biopsiada.

Descrição microscópica: _____

Hipótese diagnóstica principal: _____

Diagnóstico diferencial: _____

CASO 15: Mulher, 46 anos. Dor e sangramento retal. Colonoscopia revelou mucosa retal difusamente enantematosa e friável, com mucosa do sigmoide proximal e demais segmentos colônicos de aspecto preservado. Realizada biópsia.

Descrição microscópica: _____

Hipótese diagnóstica principal: _____

Diagnóstico diferencial: _____

CASO 16: Homem, 62 anos. Em investigação de alteração do hábito intestinal, foi descoberta um lesão ulcerada subestenotante em cólon esquerdo. Realizada biópsia.

Hipótese diagnóstica principal: _____

Diagnóstico diferencial: _____

Cite os biomarcadores preditivos e prognósticos que devem ser investigados neste caso, explicando sucintamente seu significado:

CASO 17: Homem, 33 anos. Em investigação de linfonomegalia cervical, foi descoberto abaulamento em rinofaringe, que foi biopsiado. O estudo imunoistoquímico demonstrou expressão de AE1/AE3 e p63. Houve ainda positividade para EBV por hibridização *in situ* (EBER).

Hipótese diagnóstica principal: _____

Diagnóstico diferencial: _____

Em termos de alternativa terapêutica e prognóstico, qual a relevância deste diagnóstico? _____

CASO 18: Homem, 57 anos. Lesão em borda lateral de língua, que foi excisada.

Hipótese diagnóstica principal: _____

Diagnóstico diferencial: _____

Que características histopatológicas devem constar no laudo anatomopatológico para fins de estadiamento e prognóstico? _____

CASO 19: Mulher, 38 anos. Nódulo em mama direita, excisado.

Descrição microscópica: _____

Hipótese diagnóstica principal: _____

Diagnóstico diferencial: _____

CASO 20: Mulher, 53 anos. Tumor de mama esquerda. Para este caso, há lâminas de H&E, Receptor de estrógeno e Her-2.

Hipótese diagnóstica principal: _____

Redija o laudo imunoistoquímico dos marcadores disponíveis: _____

CASO 21: Mulher, 48 anos. Tumor de mama direita.

Diagnóstico descritivo: _____

Hipótese diagnóstica principal: _____

Diagnóstico diferencial: _____

CASO 22: Mulher, 33 anos. Tumor vesical. O estudo imunoistoquímico demonstrou expressão de actina de músculo liso e ALK-1. Não houve expressão de desmina, S100 ou CD34.

Hipótese diagnóstica principal: _____

Diagnóstico diferencial: _____

Cite outras neoplasias que podem exibir expressão imunoistoquímica de ALK (independente do clone utilizado):

CASO 23: Homem, 63 anos. Sorologia positiva para HTLV-1. Biópsia de massa cervical esquerda. O estudo imunoistoquímico demonstrou expressão de CD3, CD4, CD25 e FOXP3. Não houve expressão de CD20, CD30 ou ALK-1.

Hipótese diagnóstica principal: _____

Diagnóstico diferencial: _____

Quais são as formas de apresentação clínica desta doença? _____

CASO 24: Mulher, 52 anos. Antecedente de retossigmoidectomia por adenocarcinoma retal, tratada de forma neoadjuvante com quimioterapia e radioterapia local. Realizou coleta de citologia cérvico vaginal.

Descrição microscópica: _____

Hipótese diagnóstica principal: _____

Diagnóstico diferencial: _____

CASO 25: Mulher, 45 anos. Derrame pleural volumoso. Realizada toracocentese, com confecção de embocado celular.

Descrição microscópica: _____

Hipótese diagnóstica principal: _____

Diagnóstico diferencial: _____



Candidato: _____

Assinatura: _____

PROVA PRÁTICA – PATOLOGIA DE NECRÓPSIA / MACROSCOPIA

Valor de cada questão (20): 0,5	0,5	x	=
--	------------	----------	----------

QUESTÃO	RESPOSTA	QUESTÃO	RESPOSTA
1		11	
2		12	
3		13	
4		14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	