



Candidato: _____

Assinatura: _____

PROVA TEÓRICA

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

QUESTÕES OBJETIVAS - TESTES

- 1. A célula normal está limitada, em suas funções e estrutura, a uma faixa de variação bastante estreita, devido ao seu estado de metabolismo, diferenciação e especialização; por restrições determinadas pelas células vizinhas; e pela disponibilidade de substratos metabólicos. Quando uma célula é submetida à alguma alteração fisiológica, como por exemplo a gestação, ou a certos estímulos patológicos, estas células podem ter que se adaptar para sobreviver. Sobre o processo de adaptação celular, marque a alternativa CORRETA:**
- a) As adaptações são respostas estruturais e funcionais irreversíveis, frente a algum tipo de abalo homeostático, sendo ele extrínseco ou não.
 - b) Se os limites das respostas adaptativas forem excedidos ou se as células forem expostas a agentes ou estímulos nocivos, privadas de nutrientes essenciais, ou ficarem comprometidas por mutações que afetem constituintes celulares essenciais, ocorre uma sequência de eventos denominada lesão celular irreversível.
 - c) Existem várias formas de adaptação celular, como aquelas que resultam num aumento do volume celular (hiperplasia), aquelas que resultam numa diminuição do tamanho e funções celulares (atrofia) e algumas que resultam em uma mudança do fenótipo (metaplasia).
 - d) A metaplasia é uma alteração irreversível, na qual um tipo celular diferenciado (epitelial ou mesenquimal) é substituído por outro tipo celular.
 - e) O processo de atrofia está relacionado à ativação das vias de proteólise, principalmente mediado por enzimas da família das caspases.
- 2. A inflamação é uma resposta dos tecidos vascularizados a infecções e tecidos lesados. Consiste em recrutar células e moléculas de defesa do hospedeiro da circulação para os locais onde são necessárias, com a finalidade de eliminar os agentes agressores. Sobre a inflamação, assinale a alternativa CORRETA:**
- a) As reações vasculares e celulares da inflamação são deflagradas por fatores solúveis, que são produzidos por várias células ou derivados de proteínas plasmáticas, sendo elas ativadas ou geradas em resposta ao estímulo inflamatório.
 - b) Os estímulos inflamatórios agem sempre localmente, sendo confinados ao local de infecção ou dano.
 - c) Nas reações inflamatórias autoimunes, existe um gatilho antigênico extrínseco, que estimula os linfócitos T a produzirem citocinas inflamatórias, levando à um quadro de inflamação crônica, de difícil cura ou tratamento.
 - d) A lesão endotelial resulta em necrose e separação das células endoteliais, levando a um aumento da permeabilidade vascular, sendo denominado de transcitose.
 - e) O transudato, observado durante o processo inflamatório, decorre principalmente do aumento da permeabilidade vascular.
- 3. A metástase é definida pela propagação de um tumor para áreas que são fisicamente descontínuas com o tumor primário e de forma geralmente inequívoca, marca um tumor como maligno. Sobre isso, marque a alternativa CORRETA:**
- a) A invasão e metástase são indistintas e sempre que um tumor apresenta invasão, ocorre disseminação metastática.
 - b) A via de disseminação mais comum das neoplasias epiteliais é a hematogênica.
 - c) Dentro das disseminações hematogênicas, as artérias são mais prontamente invadidas do que as veias.
 - d) As metástases linfonodais não estão relacionadas a um aumento da mortalidade, principalmente quando não existem evidências de implantes secundários viscerais.
 - e) O linfonodo sentinela é definido como o primeiro linfonodo em uma cadeia linfática regional que recebe o fluxo de linfa que vem do tumor primário.

4. As evidências para as origens genéticas do câncer têm sido acumuladas por várias décadas. Hoje em dia, graças aos avanços tecnológicos no sequenciamento do DNA, podemos compreender melhor as vias moleculares que originam o câncer. Sobre isso, assinale a alternativa CORRETA:

- a) Um tumor é formado a partir de uma expansão clonal de uma única célula, sendo que as alterações genéticas presentes na célula clonal mutada, permanecem constantes e inalteradas, durante todo processo evolutivo da neoplasia.
- b) Existem quatro categorias de genes reguladores normais. Uma delas, especificamente, denominada de genes supressores de tumor, é responsável pela perda de função e, na maioria dos casos, é necessário apenas a perda de um dos alelos.
- c) O cerne da carcinogênese é o dano genético não letal.
- d) As mutações passageiras são as alterações genéticas mais importantes observadas na carcinogênese, pois resultam em danos estruturais efêmeros, que levam a defeitos transcricionais deletérios para a manutenção da atividade metabólica da célula.
- e) As marcas registradas do câncer são um conjunto de modificações exclusivamente intracelulares, que contribuem para a sobrevivência da célula maligna.

5. O carcinoma invasivo da mama do tipo não especial (CIMNE) é o subtipo mais comum do câncer de mama. Ele pode ter apresentação pura ou mista. Sobre esta neoplasia, assinale a alternativa CORRETA:

- a) Se houver mais de 90% do tumor sendo composto por carcinoma de um subtipo especializado, ele deve ser classificado como subtipo especial.
- b) Quando a neoplasia é formada por subtipos histológicos diferentes, não há necessidade de quantificar em percentuais a proporção de cada componente.
- c) Quando o carcinoma invasivo da mama for misto, não há necessidade de especificar o perfil imunoistoquímico de cada componente, sendo apenas necessário reportar a classificação molecular de pior prognóstico, ou aquela que pode determinar tratamentos específicos, como o tamoxifeno e o trastuzumabe.
- d) Em 80% dos casos de CIMNE, existe associação com componente *in situ*. Não se sabe ainda se as lesões *in situ* são precursoras das lesões invasivas, ou apenas um epifenômeno. O que reforça esta última hipótese é que normalmente, dentro do mesmo tumor, os carcinomas *in situ* da mama apresentam grau nuclear diferente do componente invasivo.
- e) Os carcinomas mamários com padrão medular apresentam limites infiltrativos e normalmente são triplo-negativos (RE, RP e HER2 negativos). São tumores que podem ter benefício com tratamento neoadjuvante.

6. Sobre os padrões morfológicos especiais do carcinoma mamário, assinale a alternativa CORRETA:

- a) Padrão medular: citoqueratina 5/6 e EGFR (HER1) positivos; estabilidade genômica comum nos tumores de alto grau.
- b) Padrão coriocarcinomatoso: algumas células podem ser secretoras de beta-HCG, sem que haja nenhum tipo de repercussão nos níveis sorológicos deste hormônio.
- c) Padrão de células claras, ricas em glicogênio: este subtipo normalmente apresenta receptor de estrogênio positivo em cerca de 35-50% dos casos, mas a maioria dos casos são negativos para receptor de progesterona.
- d) Padrão oncocítico: este subtipo é similar ao carcinoma apócrino, com perfil imunoistoquímico revelando positividade para o receptor de andrógeno.
- e) Padrão pleomórfico: é uma variante rara, com células bizarras multinucleadas positivas para o CD68 e, apesar da aparência morfológica de uma lesão de alto grau, comporta-se de forma mais indolente.

7. As doenças inflamatórias da mama são incomuns, compreendendo menos de 1% dos sintomas mamários. A sua etiopatogênese é multifatorial e um dos simuladores de distúrbio inflamatório da mama é o carcinoma mamário inflamatório, que ocorre quando o tumor obstrui vasos linfáticos, ou quando existe vasta embolização dérmica neoplásica. Sobre as doenças inflamatórias da mama, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A mastite bacteriana aguda normalmente ocorre em pacientes diabéticas não controladas. A sua etiopatogênese decorre da glicação não enzimática, com lesão vascular direta.
- b) As pacientes que apresentam um abscesso subareolar com trajeto fistuloso, normalmente são tabagistas. A análise histológica destas lesões pode revelar metaplasia escamosa dos ductos galactíferos. Esta doença é conhecida como mastite subareolar recidivante ou Doença de Zuska.
- c) A mastite linfocítica encontra-se no espectro de doenças auto-imunes, sendo observada com mais frequência em pacientes diabéticas insulino-dependentes e portadoras de tireoidite de Hashimoto. Normalmente apresentam-se como alterações de densidade mamária, sem esboço ou formação(ões) nodular(es).
- d) A necrose gordurosa pode apresentar-se como massa palpável relacionada ou não a um trauma prévio. Normalmente podem ter repercussões nos exames de imagem como aumento da densidade ou calcificações, sendo muito raro a aparência mal delimitada ou a retração da pele.
- e) A mastite granulomatosa ocorre sempre que há rompimento de cistos, podendo ser manejado com corticoterapia.

8. Sobre biomarcadores e painéis moleculares utilizados em câncer de mama, assinale a alternativa CORRETA:

- a) O critério validado pela ASCO/CAP na interpretação do receptor de estrogênio ou progesterona é a positividade maior ou igual à 1% das células tumorais com forte intensidade.
- b) A interpretação duvidosa ou indeterminada do HER2 pela imunistoquímica ocorre quando existem menos de 30% das células tumorais com marcação fraca ou moderada na membrana citoplasmática.
- c) A classificação molecular luminal B é definida somente quando os receptores de estrogênio e progesterona são positivos, com Ki-67 alto, igual ou superior a 20%.
- d) O painel *MammaPrint* avalia 70 genes pelo método de DNA *microarray* e ajuda a definir tomada de decisões em pacientes com neoplasias mamárias precoces, que são positivas para receptor de estrogênio, negativas para HER2, linfonodo negativo ou positividade em 1-3 linfonodos.
- e) O painel *Oncotype* auxilia na tomada de decisões apenas em pacientes de alto risco, analisando mais de 100 genes envolvidos nas vias moleculares de carcinogênese mamária.

9. Numa biópsia de próstata, observam-se pequenas formações epiteliais cribriformes densas, bem circunscritas, com necrose central. As células epiteliais luminais têm atipia nuclear marcante. A imunistoquímica mostra expressão de p63 e citoqueratinas de alto peso apenas na periferia. O diagnóstico mais provável e o significado clínico deste achado é:

- a) Extensão de carcinoma urotelial no interior de ductos prostáticos pré-existentes – possível associação com carcinoma urotelial invasivo de alto grau.
- b) Carcinoma intraductal da prostática – muito provável coexistência de adenocarcinoma acinar invasivo de alto grau.
- c) Invasão da próstata por carcinoma urotelial da bexiga, variante em grandes ninhos – define estadiamento pT4.
- d) Neoplasia intraepitelial da próstata de alto grau – significado clínico limitado se o achado é focal.
- e) Adenocarcinoma acinar da próstata usual com padrão de Gleason 5 – necessidade de tratamento oncológico para câncer de próstata.

10. Pacientes com adenocarcinoma acinar da próstata com escores de Gleason 3+4 e 4+3 (grupo de grau 2 – GG2 e grupo de grau 3 – GG3) formam grupos com prognóstico heterogêneo. Na tentativa de refinar a avaliação do comportamento biológico do tumor nestes pacientes, faz parte das recomendações de diferentes guias internacionais:

- a) Informar a percentagem do padrão de Gleason 4 nas amostras com tumores GG2 e GG3.
- b) Informar a coexistência de neoplasia intraepitelial da próstata de alto grau.
- c) Informar a presença de morfologia cribriforme como subpadrão de Gleason 4.
- d) Informar a presença de morfologia glomeruloide como subpadrão de Gleason 4.
- e) As afirmativas “a” e “c” estão corretas.

11. Um carcinoma de células renais mostra marcação nuclear difusa para Pax-8. Sua morfologia é de células eosinofílicas, com arquitetura papilar, extensa infiltração do estroma com reação desmoplásica, alto grau nucleolar, padrões de crescimento tubulocístico e papilar intracístico. Neste caso, a melhor conduta seria:

- a) Diagnosticar carcinoma de ductos coletores.
- b) Diagnosticar carcinoma de células renais papilífero tipo II.
- c) Considerar a possibilidade de carcinoma de células renais tubulocístico.
- d) Fazer painel imunistoquímico complementar, com foco no diagnóstico diferencial entre oncocitoma e carcinoma cromóforo.
- e) Avaliar expressão da fumarato hidratase por imunistoquímica, ou pesquisar mutações herdadas do gene da fumarato hidratase.

12. As neoplasias testiculares de células germinativas são agrupadas pela associação ou não com neoplasia de células germinativas *in situ*. São dois exemplos de neoplasias sem associação com neoplasias de células germinativas *in situ*:

- a) Seminoma e carcinoma embrionário.
- b) Tumor do saco vitelino (do seio endodérmico) pré-puberal e tumor espermatocítico.
- c) Tumor do saco vitelino (do seio endodérmico) pós-puberal e teratoma pós-puberal.
- d) Coriocarcinoma e teratoma com malignidade do tipo somática.
- e) Tumor trofoblástico epitelioide e carcinoma embrionário.

13. Carcinomas uroteliais invasivos frequentemente mostram diferenciação divergente ou morfologia variante. Dentre elas, algumas são reconhecidas como particularmente mais agressivas. Duas destas morfologias variantes são agressivas e indicam consideração de cistectomia precoce (indicada mesmo com invasão restrita à lâmina própria em produtos de ressecção transuretral). São elas:

- a) Microcística e “em pequenos ninhos”.
- b) Plasmocitoide e micropapilar.
- c) Diferenciação escamosa e diferenciação glandular.
- d) Variante de células claras e variante rica em lipídios.
- e) Diferenciação trofoblástica e morfologia linfoepitelioma-símile.

14. A seguinte neoplasia ovariana tem forte associação conhecida com endometriose:

- a) Carcinoma seroso de baixo grau.
- b) Carcinoma seroso de alto grau.
- c) Carcinoma de células claras.
- d) Teratoma.
- e) Disgerminoma.

15. Das alterações abaixo, qual está associada a comportamento mais indolente em um carcinoma primário do endométrio, independentemente do grau histológico?

- a) Alteração na expressão de proteínas associadas ao reparo do DNA (*MLH1*, *PMS2*, *MSH6* e *MSH2*).
- b) Mutações na sequência do gene do domínio exonuclease da DNA polimerase epsilon (*POLE*).
- c) Mutação do gene *TP53*.
- d) Perda da expressão de *ARID1A*.
- e) Perda da expressão da proteína *PTEN*.

16. Sobre neoplasia intraepitelial vulvar do tipo diferenciado, é INCORRETO afirmar:

- a) É precursora do carcinoma de células escamosas invasivo que, em geral, é do tipo queratinizante.
- b) Expressão forte e difusa da proteína p16 é um critério essencial para o diagnóstico.
- c) Tem maior taxa de progressão para carcinoma do que a lesão escamosa intraepitelial vulvar de baixo grau (VIN1).
- d) Tem associação comum com líquen escleroso.
- e) Tem associação comum com expressão anormal da proteína p53 (padrão mutado).

17. HPV dos tipos 16, 18 e 45 são implicados na seguinte lesão endocervical:

- a) Adenocarcinoma do tipo gástrico.
- b) Adenocarcinoma do tipo de células claras.
- c) Adenocarcinoma do tipo mesonéfricos.
- d) Adenocarcinoma do tipo não especificado (NOS).
- e) Hiperplasia glandular endocervical lobular atípica.

18. Um carcinoma mucinoso no ovário pode ser uma neoplasia primária ou metastática. Deve-se considerar indicativo de doença metastática:

- a) Expressão de citoqueratina 7.
- b) Padrão de crescimento infiltrativo e bilateralidade.
- c) Ausência de expressão de Pax-8.
- d) Expressão de SATB2 e coexistência de componente de teratoma maduro.
- e) Cistos de aparência multilocular.

19. Paciente com quadro de refluxo gastroesofágico é submetido a endoscopia e encontradas erosões e mucosa alaranjada no esôfago a 2,0 cm da linha Z. Realizadas biópsias. Assinale a alternativa que representa o achado microscópico mais provável:

- a) Mucosa escamosa com hiperplasia da basal, papilomatose, exocitose de linfócitos e eosinófilos.
- b) Mucosa escamosa em continuidade com mucosa colunar, com exocitose de eosinófilos.
- c) Mucosa escamosa em continuidade e sobreposta à mucosa colunar foveolar, com metaplasia pancreática.
- d) Mucosa escamosa em continuidade com mucosa colunar, com metaplasia intestinal.
- e) Mucosa escamosa em continuidade com mucosa cárdica, com hiperplasia foveolar e agregados linfóides na lâmina própria.

20. Assinale a alternativa INCORRETA:

- a) O achado de metaplasia gástrica foveolar e ectopia de mucosa gástrica em biópsias de duodeno pode estar associado à doença ulcerosa pelo *H. pylori*.
- b) Colite ativa focal normalmente é vista tanto na colite ulcerativa quanto na doença de Crohn.
- c) O achado histológico da colite colágena consiste no espessamento subepitelial de colágeno corado no tricrômico de Masson.
- d) Os inibidores de bomba de próton podem estar associados a colites linfocíticas.
- e) Colites crônicas consistem em distorção arquitetural das criptas, criptites e aumento do infiltrado basal linfoplasmocitário na lâmina própria.

21. Nos diagnósticos de neoplasia é importante conhecermos os mimetizadores. Assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Alterações de células em “anel de sinete” podem ser vistas em colites pseudomembranasas.
- b) Endometriose intestinal pode ser confundida com adenocarcinoma porque os túbulos podem estar separados do estroma devido ao trauma durante a biópsia colônica.
- c) Grupamentos de células claras em biópsias de estômago podem corresponder a metástases e por vezes requerem imuno-histoquímica para o diagnóstico.
- d) Malacoplaquia pode ser um problema em exames peroperatórios colônicos pois podem mimetizar melanoma.
- e) Congelar alguns tecidos criam artefatos celulares que podem mimetizar neoplasia.

22. Assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Adenocarcinoma mucinoso colônico corresponde a 50% dos carcinomas colorretais.
- b) São considerados carcinomas mucinosos aqueles que apresentam pelo menos 50% de produção de mucina no tumor.
- c) Carcinomas mucinosos estão associados a perda de expressão das enzimas de reparo do DNA, a CIMP e podem ocorrer em jovens.
- d) Adenocarcinoma colorretal tipo cribriforme com necrose tipo comedo é microssatélite estável, com fenótipo metilador das ilhas CPG (CIMP).
- e) Por conta da resposta ao tratamento quimioterápico do fenótipo microssatélite instável, em Carcinomas colorretais é indicado o estudo imuno-histoquímico das enzimas de reparo dos erros de pareamento do DNA (MMR).

23. Especialistas alertam para o aumento do número de casos avançados de câncer no pós-pandemia. Queda de 22% nas cirurgias de câncer aponta para um "represamento" no tratamento (Fonte: Agência Câmara de Notícias). Em cânceres avançados, assinale os fatores preditivos/prognósticos INCORRETOS:

- a) Carcinomas colorretais: tipo histológico, extensão da lesão, “tumor budding”, invasão perineural, número de linfonodos igual ou maior a 12, estudo de instabilidade microssatélite.
- b) Carcinomas da ampola de Vater: tipo histológico, padrão, invasão da parede duodenal e extensão ao pâncreas, número de linfonodos igual ou maior a 12.
- c) Carcinomas de vesícula biliar: tipo histológico, padrão, extensão da lesão na parede, acometimento do leito hepático e número de linfonodos igual ou maior a 12.
- d) Tumores neuroendócrinos de intestino delgado: grau de diferenciação, tamanho da lesão, necrose, ulceração, índice de proliferação celular (Ki-67).
- e) Carcinomas de estômago: tipo histológico, extensão da lesão, invasão perineural, margem radial e número de linfonodos igual ou maior a 16.

24. É INCORRETO afirmar, em relação às metástases hepáticas:

- a) Um painel imuno-histoquímico com os anticorpos: CK7, CK20, CK19, CDX2, HEPATOCYTE e CA19.9 permite diferenciar hepatocarcinoma de colangiocarcinoma e adenocarcinoma, dependente da morfologia.
- b) Nas metástases de Adenocarcinomas colorretais pós-quimioterapia é importante avaliar as alterações do parênquima circunjacente pela quimioterapia.
- c) O exame imuno-histoquímico associado à morfologia tem potencial de diferenciar a origem de Tumores neuroendócrinos metastáticos.
- d) Biópsias realizadas por radiologistas intervencionistas e analisadas por patologistas durante o exame, permitem diferenciar metástases de adenocarcinoma pâncreas de um colangiocarcinoma.
- e) Exames de congelação em metástases hepáticas são importantes para análise das margens de ressecção cirúrgica.

25. A elastografia hepática reduziu o emprego da biópsia hepática para análise de fibrose. Entretanto, a biópsia hepática continua tendo valor em determinadas patologias. Na esteatohepatite (NASH/MAFLD), são essenciais para o diagnóstico:

- a) Esteatose macrogoticular, balonização celular, fibrose pericelular e inflamação lobular mista leve.
- b) Esteatose macrogoticular, balonização celular, fibrose pericelular e megamitocôndrias.
- c) Degeneração glicogênica, balonização celular, fibrose pericelular e inflamação lobular
- d) Balonização celular, fibrose pericelular, inflamação lobular e hialinos de Mallory.
- e) Esteatose macrogoticular, balonização celular, fibrose pericelular e hialinos de Mallory.

26. Em relação às massas hepáticas, é INCORRETO afirmar:

- a) Os subtipos dos adenomas hepatocelulares são diagnosticados por imuno-histoquímica e exames genéticos.
- b) Os hepatocarcinomas podem ser múltiplos, de tamanho variado, necróticos, sem cicatriz, e com alfa-fetoproteína sérica elevada em mais da metade dos casos.
- c) A hiperplasia nodular focal está associada à cirrose hepática e apresenta uma cicatriz central radiada.
- d) São fatores implicados na patogênese do hepatocarcinoma: cirrose, hepatite crônica viral, álcool, obesidade e esteroides anabólico-androgênicos.
- e) Dentre os diagnósticos diferenciais, deve-se considerar a possibilidade de abscessos hepáticos amebianos.

27. Em relação aos adenocarcinomas pancreáticos, tumores mais diagnosticados atualmente, é INCORRETO afirmar:

- a) Nos adenocarcinomas avançados, é indispensável a análise da margem retroperitoneal ou margem da face não peritonealizada do processo uncinado.
- b) A invasão da veia porta não altera o estadiamento, entretanto, tem se mostrado um fator prognóstico independente.
- c) Metástases ganglionares são fatores prognósticos adversos independentes. Em gastroduodenopancreatectomias, recomenda-se a análise de 12 ou mais linfonodos.
- d) Citologia peritoneal positiva em adenocarcinomas pancreáticos é considerada M1 no estadiamento patológico.
- e) O anticorpo IMP3 é específico para adenocarcinomas pancreáticos.

28. Atualmente, em decorrência do uso indiscriminado dos medicamentos, de maneira geral, é INCORRETO afirmar:

- a) O diagnóstico de hepatotoxicidade é feito com maior frequência e a biópsia hepática é a ferramenta utilizada para corroborar o mesmo. Observamos desde colestase e esteatose à hepatite imuno-mediada.
- b) Colites microscópicas (colágena e linfocítica) são vistas em pacientes que usam inibidores de bomba de próton e em pacientes que usam biológicos para doenças reumatológicas.
- c) Doença celíaca-símile com atrofia vilosa pode ser causada pelo uso de losartana.
- d) Diversos cristais medicamentosos como os bisfosfonatos são achados na mucosa intestinal e podem simular clinicamente retocolite ulcerativa.
- e) Anti-inflamatórios não esteroides são a maior causa de gastrites crônicas nos dias atuais.

29. Sobre o fenômeno da atrofia no esfregaço cervical, assinale a alternativa CORRETA:

- a) Trata-se de um fenômeno natural ao processo de envelhecimento, que se associa à falta de estímulo hormonal, resultando em um adelgaçamento do epitélio, que consistirá apenas de células superficiais.
- b) Predominam células em grupamentos planos, sendo a presença de células dispersas de forma isolada achado microscópico suspeito para lesão intraepitelial escamosa.
- c) Observa-se aumento generalizado do tamanho dos núcleos, com alta relação núcleo-citoplasma, cromatina hipercromática e contornos nucleares irregulares.
- d) A presença de glóbulos azuis (“blue blobs”), caracterizados como acúmulos globulares de material amorfo basófilo, é um achado microscópico frequentemente identificado nesses esfregaços.
- e) Atrofia pode ser observada durante a gravidez, sendo caracterizada por células com citoplasma amplo e rico em glicogênio, que recebem o nome de células naviculares.

30. Em relação ao Sistema de Milão para relato de citopatologia de glândulas salivares, qual seria a classificação mais adequada para um esfregaço caracterizado por fluido cístico mucinoso sem a presença de células epiteliais:

- a) Categoria I: não diagnóstica.
- b) Categoria II: não neoplásica.
- c) Categoria III: atipias de significado indeterminado.
- d) Categoria IVA: neoplasia benigna.
- e) Categoria VI: maligno.

31. Sobre os critérios citológicos para o diagnóstico de carcinoma papilífero da tireoide, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A pseudoinclusão nuclear é achado altamente específico, não sendo observada em neoplasia benignas e devendo ser reportada nas categorias V (suspeito para malignidade) ou VI (maligno) de Bethesda.
- b) Estruturas papilares/pseudopapilares podem, ainda que raramente, ser observadas em neoplasia tireoidianas benignas, como os adenomas foliculares, não podendo caracterizar malignidade quando analisadas isoladamente.
- c) A presença de células de Hürthle é característica dos carcinomas foliculares. Dessa forma, diante um esfregaço hiper celular, com predomínio de células de Hürthle, os critérios nucleares são irrelevantes para classificação diagnóstica.
- d) A presença de células gigantes multinucleadas é um achado suspeito para carcinoma papilífero, uma vez que essas células não são identificadas em entidades benignas.
- e) Ao exame citológico, o carcinoma papilífero geralmente se apresenta como um esfregaço hiper celular, caracterizado por células isoladas de aspecto plasmocitoide ou em grupos sinciciais, em meio a depósitos de material amiloide.

32. Em relação ao Sistema de Bethesda para relato de citopatologia da tireoide, qual seria a melhor classificação para um esfregaço moderadamente celular, caracterizado exclusivamente por células linfoides monomórficas de tamanho pequeno a intermediário:

- a) Categoria I: não diagnóstico devido à ausência de células epiteliais.
- b) Categoria II: benigno, compatível com tireoidite linfocítica crônica.
- c) Categoria IV: suspeito para neoplasia folicular de células atróficas.
- d) Categoria V: suspeito para malignidade (linfoma).
- e) Categoria VI: maligno devendo ser encaminhado para cirurgia.

- 33. No esfregaço cérvico-vaginal, quando observamos uma população polimorfa de linfócitos em meio a macrófagos de corpos tingíveis, qual o melhor diagnóstico para descrição desses achados?**
- Cervicite folicular.
 - Paraceratose atípica.
 - Linfoma de alto grau.
 - Lesão intraepitelial escamosa de alto grau.
 - Atrofia.
- 34. Você, patologista jovem interessado por lesões melanocíticas, recebe o produto de exérese de uma lesão em couro cabeludo, de uma mulher de 30 anos com hipótese clínica de nevo intradérmico. À microscopia, você observa uma neoplasia intradérmica que apresenta duas populações diferentes de células melanocíticas. Um grupo de células pequenas com citoplasma escasso e um grupo de células grandes com citoplasma amplo e aspecto epiteloide. De permeio, há infiltrado inflamatório crônico linfocitário. Não há mitoses ou necrose. A epiderme encontra-se sem alterações. As margens encontram-se livres. Qual a melhor conduta nesse caso?**
- Ampliação de margem cirúrgica (1,0 cm) por se tratar de um melanoma.
 - Pesquisa de linfonodo sentinela por se tratar de um Nevo de Spitz clássico.
 - Pesquisa de expressão do BAP1 por imuno-histoquímica para melhor caracterização diagnóstica.
 - Trata-se de um nevo intradérmico comum e nada mais deve ser feito.
 - Pesquisa de expressão de Beta-catenina devido à morfologia de nevo penetrante profundo.
- 35. Sobre a micose fungoide foliculotrófica, assinale a alternativa CORRETA:**
- Acomete principalmente áreas não expostas ao sol (áreas cobertas), como dorso, tórax e abdômen.
 - Apresenta, na maioria dos casos, infiltrado inflamatório misto de permeio, caracterizado por células gigantes multinucleadas, numerosos eosinófilos e neutrófilos.
 - Apresenta achados histopatológicos inespecíficos, sendo a eritrodermia e a identificação de células de *Sézary* no sangue os principais achados diagnósticos.
 - Caracteriza-se por pápula ulcerada na face, por vezes com regressão espontânea, que na histologia exhibe predominância de células CD30-positivas.
 - Apresenta agressão do epitélio folicular por linfócitos T CD4+, podendo ocorrer deposição de mucina de forma associada.
- 36. Assinale a alternativa que, de forma CORRETA, associa as diferentes apresentações da hanseníase com os achados histopatológicos.**
- Na hanseníase indeterminada, observa-se infiltrado inflamatório crônico perineural com delaminação do perineuro e infiltração endoneural pelas células inflamatórias. Bacilos podem ou não ser encontrados.
 - No polo virchowiano (lepromatoso), identificamos um processo inflamatório crônico granulomatoso, superficial e profundo, perineural, perianexial e perivascular, associado a elevado índice baciloscópico.
 - A reação tipo 1 se apresenta como uma paniculite de padrão misto, com granulomas vagos, numerosos neutrófilos e sinais de vasculite. Bacilos não são identificados.
 - Na reação tipo 2 observamos lesões bolhosas ou até mesmo ulceradas, caracterizadas à microscopia por áreas de necrose, trombos vasculares e numerosos bacilos.
 - No polo tuberculoide identificamos, na derme, numerosas células histiocitárias com citoplasma amplo e espumoso, sendo o índice baciloscópico baixo.
- 37. Assinale a alternativa que apresenta a descrição microscópica correspondente à alopecia androgenética:**
- Quantidade de folículos normal ou discretamente diminuída, presença de frequentes miniaturas, glândulas sebáceas preservadas, ausência de inflamação e de atividade de interface.
 - Quantidade de folículos muito diminuída, dilatação dos ductos écrinos, descamação prematura da bainha interna do pelo, moderado infiltrado inflamatório perifolicular, sem atividade de interface.
 - Quantidade de folículos diminuída, ausência de miniaturização, múltiplos focos de politriquia, fragmentação da haste do pelo e atrofia das glândulas sebáceas.
 - Quantidade de folículos normal, fibrose concêntrica perifolicular, atividade de interface em epitélio folicular e atrofia de glândulas sebáceas.
 - Quantidade de folículos diminuída, intenso infiltração inflamatório misto com agressão do epitélio folicular, formação de microabscessos e tecido de granulação.

38. Leia atentamente a seguinte descrição: paciente do sexo feminino, 28 anos, apresenta tumoração subungueal dolorosa de coloração levemente azulada em polegar à direita. Realizada biópsia, foi observada uma lesão de células pequenas, redondas, de aspecto monótono em meio a vasos levemente ectásicos. Ao estudo imuno-histoquímico, as células foram positivas para actina de músculo liso e calponina. A marcação para citoceratina, proteína S100, desmina e CD34 resultou negativa. Qual o melhor diagnóstico para o caso:

- a) Verruga subungueal.
- b) Doença de Bowen.
- c) Espiroadenoma écrino.
- d) Onicopapiloma.
- e) Tumor glômico.

39. Um paciente do sexo masculino, destro, de 38 anos, queixava-se de cefaleia progressiva há cerca de 12 meses. Uma ressonância nuclear magnética (RNM) demonstrou uma lesão infiltrativa frontal à direita, com alto sinal nas sequências em T2, mismatch T2/FLAIR e ausência de captação pelo meio de contraste. O exame histopatológico do produto de ressecção demonstrou áreas de celularidade levemente aumentada, com células gliais exibindo discreto polimorfismo, cariomegalia e hiper cromasia, em meio à neurônios de aspecto habitual. Não havia proliferação microvascular ou necrose. Somente 1 figura de mitose foi encontrada em 3 lâminas de representação lesional. O estudo imunoistoquímico demonstrou expressão difusa de Olig2 e p53, com negatividade para IDH1 (R132H) e perda de expressão de ATRX. O índice proliferativo, medido pelo Ki-67, foi estimado em 2%. Assinale a alternativa CORRETA:

- a) Em virtude da ausência de expressão de IDH1 (R132H), esta neoplasia é melhor classificada como Astrocitoma difuso, IDH-selvagem (grau II da OMS).
- b) A ausência de expressão de IDH1 (R132H) e a positividade difusa para p53 corroboram o diagnóstico de Glioblastoma, IDH-selvagem (grau IV da OMS), mesmo na ausência de critérios morfológicos.
- c) Mesmo com a ausência da expressão de IDH1 (R132H), é fundamental a pesquisa das mutações nos genes *IDH1* e *IDH2* para correta classificação desta neoplasia.
- d) Neoplasias pertencentes a este grupo geralmente apresentam fusões de *BRAF* ou *FGFR1*.
- e) A perda de expressão de ATRX e a positividade difusa para p53 são características dos Oligodendrogliomas.

40. Uma paciente do sexo feminino, 13 anos, refere cefaleia progressiva, náuseas e vômitos há cerca de 3 meses. Uma RNM demonstrou uma lesão talâmica infiltrativa e heterogênea. Na impossibilidade de uma ressecção cirúrgica, foi realizada uma biópsia estereotáxica, com a obtenção de material representativo da lesão, porém escasso. O exame histopatológico demonstrou uma neoplasia glial com celularidade discretamente aumentada, com cariomegalia e hiper cromasia. Não havia proliferação microvascular ou necrose. Foi encontrada uma figura de mitose. A pequena representação limita a escolha de marcadores de imunoistoquímica. Com base no diagnóstico mais provável, qual dos anticorpos abaixo deve prioritariamente compor o painel?

- a) IDH1 (R132H).
- b) ATRX.
- c) Olig2.
- d) H3 K27M.
- e) SOX10.

41. Um paciente de 23 anos refere dor na região distal da coxa direita há 8 meses. Exames de imagem demonstram uma lesão lítica intramedular irregular, com múltiplas áreas de recorte endosteal. Uma biópsia revelou uma proliferação de células fusiformes com discretas atipias, em estroma fibroso denso, permeando trabéculas ósseas pré-existentes. Não foram encontradas áreas de necrose. O índice mitótico era baixo. Houve expressão imunoistoquímica de SATB2, MDM2 e CDK4, estes últimos com positividade nuclear difusa nas células de interesse. Qual o diagnóstico mais provável para o caso?

- a) Osteossarcoma convencional.
- b) Osteossarcoma central de baixo grau.
- c) Displasia fibrosa.
- d) Fibroma desmoplásico.
- e) Lipossarcoma bem diferenciado.

42. Assinale a alternativa que correlaciona CORRETAMENTE a neoplasia mesenquimal e a alteração molecular associada:

- a) Fasciíte nodular – rearranjo do gene *USP6*.
- b) Sarcoma de Ewing – fusão *EWSR1-WT1*.
- c) Dermatofibrossarcoma *protuberans* – rearranjos do gene *ALK*.
- d) Sarcoma alveolar de partes moles – fusão *FUS-DDIT3*.
- e) Lipossarcoma mixoide – amplificação de *MDM2*.

43. Qual o perfil imuno-histoquímico mais comumente encontrado nas células diagnósticas do Linfoma de Hodgkin, predominância linfocítica nodular?

- a) CD20 negativo, Pax-5 positivo, CD30 positivo e CD15 positivo.
- b) CD20 positivo, Pax-5 positivo, CD30 positivo e CD15 positivo.
- c) CD20 negativo, Pax-5 positivo, CD5 positivo e EBV (LMP-1) positivo.
- d) CD20 positivo, Pax-5 negativo, CD30 positivo, CD15 negativo.
- e) CD20 positivo, Pax-5 positivo, CD30 negativo, CD15 negativo.

44. Paciente de 23 anos, apresenta linfonodomegalia cervical à direita. Biópsia excisional demonstrou uma neoplasia linfoide composta por células linfoides volumosas, com núcleos grandes, por vezes com nucléolos proeminentes. Algumas células neoplásicas possuíam núcleos em forma de *rim* ou *feradura*. O estudo imuno-histoquímico demonstrou ausência de expressão de CD20, Pax-5 e CD3 nas células de interesse, com positividade forte e difusa para CD30. Qual o marcador mais importante a ser solicitado para a definição diagnóstica?

- a) MUM-1.
- b) Ciclina D1.
- c) FOXP3.
- d) ALK-1.
- e) CD10.

45) Nos últimos anos, tem-se dado muita importância às neoplasias com fusões nos genes *NTRK*, pela possibilidade do emprego de terapia alvo. Uma das ferramentas de *screening* destas fusões é a imuno-histoquímica com o anticorpo Pan-TRK. Qual das neoplasias abaixo pode ser mais frequentemente positiva, por apresentar fusões deste grupo de genes?

- a) Carcinoma mucoepidermoide.
- b) Carcinoma adenoide cístico.
- c) Carcinoma secretório.
- d) Carcinoma de células acinares.
- e) Carcinoma de ductos salivares.

46) Qual característica histopatológica do tumor primário é fundamental para o estadiamento correto dos carcinomas de células escamosas da cavidade oral?

- a) Espessura da neoplasia.
- b) Profundidade de invasão.
- c) Invasão de tecido muscular.
- d) Grau de diferenciação.
- e) Pior padrão de infiltração.

47) Quando deve ser solicitada de rotina a pesquisa da expressão imunoistoquímica do p16 em carcinomas de células escamosas da cabeça e pescoço?

- a) Para todo caso recém diagnosticado, independente do sítio primário.
- b) Para todo caso localizado na orofaringe.
- c) Para todo caso localizado nos dois terços anteriores da língua.
- d) Para todo caso com morfologia ceratinizante.
- e) Somente quando o paciente apresentar doença metastática.

48) Quais os biomarcadores mais precisos no diagnóstico diferencial entre Mesotelioma e proliferações mesoteliais reativas?

- a) BAP1, MTAP e CDKN2A.
- b) Calretinina, Ber-EP4 e MOC31.
- c) TTF-1, Napsin A e p40.
- d) Desmina, EMA e p53.
- e) PD-L1, Her-2 e MDM2.

49) Sobre o tumor fibroso solitário torácico, marque a alternativa CORRETA:

- a) Raramente expressam CD34.
- b) A maioria dos casos se origina no interior do parênquima pulmonar.
- c) São mais frequentes em crianças e adolescentes.
- d) São caracterizados pela fusão *NAB2-STAT6*.
- e) A maioria dos casos expressa Desmina e S100.

50) Paciente do sexo feminino, 52 anos, não-tabagista. Apresentou tosse e perda de peso, sendo identificada uma massa pulmonar superior direita e lesões em ambas as adrenais. Uma biópsia de adrenal revelou o diagnóstico de um Adenocarcinoma pulmonar metastático. Testes moleculares identificaram uma deleção no éxon 19 do gene *EGFR*. A paciente iniciou inibidor tirosina-quinase anti-*EGFR* de primeira geração, com boa resposta por 10 meses, quando passou a apresentar dores abdominais. Exames de imagem identificaram o surgimento de nódulos hepáticos. Foi submetida à realização de biópsia líquida, cujo resultado levou à troca do medicamento anti-*EGFR* por um de mais nova geração. A despeito do novo tratamento, exames de seguimento revelaram crescimento das lesões hepáticas. Foi submetida à biópsia tecidual de uma dessas lesões, cujo exame histopatológico demonstrou uma neoplasia maligna composta por células hiper cromáticas com citoplasma escasso, artefatos de esmagamento, alto índice mitótico, figuras de mitose, apoptose e focos de necrose. O estudo imunoistoquímico demonstrou expressão de cromogranina A e sinaptofisina, com índice proliferativo (Ki-67) de 90%. Com base neste caso clínico, assinale a alternativa que contém a alteração mais provavelmente encontrada na biópsia líquida e o diagnóstico mais provável da biópsia hepática.

- a) Amplificação de *EGFR* e carcinoma neuroendócrino de pequenas células de sítio primário desconhecido.
- b) Fusão de *ALK* e carcinoma neuroendócrino de pequenas células primário do fígado.
- c) Mutação L858R de *EGFR* e transformação histológica para carcinoma neuroendócrino de pequenas células.
- d) Mutação *KRAS* G12C e carcinoma de pequenas células de provável origem em trato gastrointestinal.
- e) Mutação T790M de *EGFR* e transformação para carcinoma de pequenas células como mecanismo de resistência.



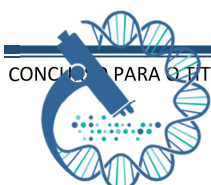
Candidato: _____

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 | | | |



CONCURSO PARA O TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PATOLOGIA
Hotel Radisson Paulista São Paulo
Rua Alameda Santos, 85 – Jardins
São Paulo – SP – 2 de outubro de 2021

Candidato: _____

Assinatura: _____

PROVA PRÁTICA – PATOLOGIA CIRÚRGICA

Caso 1 – Paciente do sexo masculino, 67 anos. Nódulo eritematoso assintomático em antebraço direito há 2 meses. Nega trauma prévio. Ao exame, observam-se vasos ectasiados e polimorfos à dermatoscopia e superfície levemente friável.

A) Qual a sua principal hipótese diagnóstica?

B) Qual o seu principal diagnóstico diferencial?

C) Qual método auxiliar pode ser utilizado para diferenciar suas hipóteses?

Caso 2 – Paciente do sexo feminino, 26 anos. Lesão pigmentada em dorso, com aspecto em alvo. Paciente não sabe informar sobre o surgimento da lesão (caso com lâmina de H&E, foto clínica e dermatoscópica).

A) Qual o seu diagnóstico?

B) Cite 4 características microscópicas que justifiquem o seu diagnóstico:

1 – _____

2 – _____

3 – _____

4 – _____

Caso 3 – Paciente do sexo feminino, 43 anos. Pápula paranasal.

A) Qual o seu diagnóstico?

B) Que características morfológicas permitem diferenciar esta lesão do seu principal diagnóstico diferencial?

Caso 4 – Paciente do sexo masculino, 6 meses de idade. Os pais referem a presença de mancha avermelhada em membro superior direito desde os primeiros dias de vida, com crescimento rápido após (caso com lâmina de H&E e Glut-1).

A) Qual o seu diagnóstico?

B) Qual o seu principal diagnóstico diferencial?

C) Que características permitem diferenciar suas hipóteses e confirmar seu diagnóstico?

Caso 5 – Paciente do sexo feminino, 3 anos de idade. Apresenta linfonodomegalias cervicais e axilares (caso com lâmina de H&E e CD1a).

A) Qual o seu diagnóstico?

B) Cite outros dois marcadores imunohistoquímicos que poderiam ser positivos neste caso.

1 - _____

2 - _____

C) Qual a alteração molecular mais frequentemente encontrada nesta lesão? Cite o(s) gene(s) e a alteração específica.

Caso 6 – Paciente do sexo feminino, 53 anos. Tumor cerebral.

A) Qual o seu diagnóstico?

B) Cite 2 marcadores imunohistoquímicos que poderiam ser positivos neste caso.

1 - _____

2 - _____

C) Cite os 2 critérios que poderiam classificar diretamente este grupo de lesões como “atípico” e qual critério demandaria a designação “anaplásico”.

Atípico – critério 1: _____

Atípico – critério 2: _____

Anaplásico: _____

Caso 7 – Paciente do sexo feminino, 64 anos. Tumor cerebral infiltrativo, com alto sinal em T2, baixo sinal em T1 e realce anelar pelo meio de contraste. Marcadores positivos: GFAP, ATRX (expressão preservada). Marcadores negativos: IDH1 (R132H) e p53. Índice proliferativo (Ki-67) de cerca de 20%.

A) Qual o seu diagnóstico?

B) Cite duas alterações moleculares frequentemente encontradas nestas lesões:

1 - _____

2 - _____

C) Que teste molecular poderia tentar prever resposta desta lesão ao tratamento com agentes alquilantes e radioterapia?

Caso 8 – Paciente do sexo masculino, 59 anos. Apresenta linfonodomegalias cervicais, axilares e retroperitoneais. Além dos marcadores apresentados, houve expressão de CD20 nas células de interesse (caso com lâmina de H&E, CD10 e Bcl-2).

A) Qual o seu diagnóstico?

B) Cite a principal alteração molecular que está associada à patogênese desta lesão.

Caso 9 – Paciente do sexo masculino, 67 anos. Apresenta linfonodomegalia cervicais, axilares e inguinais, além de discreta esplenomegalia. Marcadores positivos: CD20, CD5 e SOX11. Marcadores negativos: CD3, CD10 e Bcl-6. Índice proliferativo (Ki-67) de cerca de 40%.

A) Qual o seu diagnóstico?

B) Cite a principal alteração molecular que está associada à patogênese desta lesão.

Caso 10 – Paciente do sexo feminino, 64 anos. Lesão eritematosa no complexo aréolo-papilar da mama esquerda. Houve expressão de citoceratina 7 nas células de interesse.

A) Qual o seu diagnóstico?

B) Cite 3 biomarcadores imunohistoquímicos que devem ser pesquisados nesta lesão e quais os resultados esperados:

1 - _____

2 - _____

3 - _____

Caso 11 – Paciente do sexo feminino, 72 anos. Biópsia de área de assimetria em mama direita.

A) Qual o seu diagnóstico?

B) Cite 4 marcadores imunoistoquímicos que podem ser pesquisados nesta lesão e os resultados mais comumente esperados.

1 - _____

2 - _____

3 - _____

4 - _____

Caso 12 – Paciente do sexo masculino, 32 anos. Tumoração de panturrilha direita.

A) Qual o seu diagnóstico?

B) Cite 3 marcadores imunoistoquímicos que podem ser positivos nesta lesão.

1 - _____

2 - _____

3 - _____

C) Qual a alteração molecular mais frequentemente encontrada?

Caso 13 – Paciente do sexo masculino, 60 anos. Biópsia de nódulo renal à esquerda (caso com lâmina de H&E e citoceratina 7).

A) Qual o seu diagnóstico?

B) Qual o diagnóstico diferencial e como você o diferencia da sua principal hipótese?

Caso 14 – Paciente do sexo masculino, 47 anos. Antecedente de tumor renal. Apresenta linfonomegalia supraclavicular esquerda que foi biopsiada (caso com lâmina de H&E, Pax-8 e Fumarato hidratase).

A) Qual o seu diagnóstico?

B) Além da importância terapêutica, que outras implicações pode ter este diagnóstico para o paciente?

Caso 15 – Paciente do sexo feminino, 57 anos. Tumor de cavidade nasal, sem antecedentes oncológicos e sem sinal de neoplasia em outros sítios. Marcadores positivos: AE1/AE3, C-Kit, INI-1 (expressão preservada) e BRG-1 (expressão preservada). Marcadores negativos: p63, p40, NUT, CDX-2, TTF-1, cromogranina A, sinaptofisina, S100, Melan A, HMB-45, CD45, CD30 e EBV (LMP-1).

A) Qual o seu diagnóstico?

B) Qual o diagnóstico diferencial e como você o diferencia da sua principal hipótese?

Caso 16 – Paciente do sexo masculino, 48 anos. Tumor de parótida direita.

A) Qual o seu diagnóstico?

B) Qual o diagnóstico diferencial e como você o diferencia da sua principal hipótese?

Caso 17 – Paciente do sexo feminino, 32 anos. Produto de conização.

A) Qual o seu diagnóstico?

B) Cite e explique sucintamente qual biomarcador pode ter papel no diagnóstico, subclassificação e prognóstico desta lesão.

Caso 18 – Paciente do sexo feminino, 50 anos. Tumor de ovário direito. Marcadores positivos: inibina, calretinina e SF1. Marcadores negativos: Pax-8, CK7 e EMA.

A) Qual o seu diagnóstico?

B) Qual a alteração molecular presente na maioria dos casos desta lesão?

Caso 19 – Paciente do sexo feminino, 58 anos. Produto de curetagem uterina (caso com lâmina de H&E e p53).

A) Qual o seu diagnóstico?

B) Qual alteração molecular confere um bom prognóstico em carcinomas uterinos?

Caso 20 – Paciente do sexo masculino, 63 anos. Lesão retal ressecada pós tratamento neoadjuvante. A lâmina ilustra a área mais representativa da lesão. Não foram encontradas metástases nos linfonodos dissecados.

A) Qual o seu diagnóstico e estadiamento?

A) Cite e explique sucintamente 2 biomarcadores relevantes neste grupo de neoplasias.

1 - _____

2 - _____

Caso 21 – Paciente do sexo masculino, 49 anos. Biópsia de lesão gástrica (caso com lâmina de H&E e DOG1).

A) Qual o seu diagnóstico?

B) Cite e explique sucintamente 2 parâmetros relevantes para estratificação de risco deste grupo de neoplasias.

1 - _____

2 - _____

C) Qual a alteração molecular mais frequentemente encontrada neste grupo de neoplasias?

Caso 22 – Paciente do sexo masculino, 68 anos, com derrame pleural persistente. Biópsia pleural. Marcadores positivos: calretinina, D2-40 e WT-1. Marcadores negativos: Ber-Ep4, MOC31 e TTF-1.

A) Qual o seu diagnóstico?

B) Descreva sucintamente e subclassificação e graduação deste grupo de neoplasias.

Caso 23 – Paciente do sexo masculino, 42 anos, não-tabagista, com lesões pulmonares e em sistema nervoso central. Biópsia de nódulo pulmonar. Marcadores positivos: TTF-1 e p40, este último focalmente.

A) Qual o seu diagnóstico?

B) Cite 2 biomarcadores que podem ser pesquisados por imunistoquímica, capazes de prever resposta à terapias sistêmicas para este caso, especificando clones utilizados e formas de avaliação.

1 - _____

2 - _____

Caso 24 – Paciente do sexo masculino, 47 anos. Punção aspirativa por agulha fina de nódulo cervical nível IIA à esquerda.

A) Qual o seu diagnóstico?

B) Na eventual possibilidade da realização de testes complementares em material de embocado celular, cite 2 marcadores que podem ser pesquisados para auxiliar na definição do sítio primário, com sua metodologia.

1 - _____

2 - _____

Caso 25 – Paciente do sexo feminino, 45 anos. Refere dispneia e sangramento vaginal. Citologia cérvico-vaginal.

A) Qual o seu diagnóstico?

B) Cite e explique sucintamente 2 achados que justificam o diagnóstico acima.

1 - _____

2 - _____



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 | |