



Candidato: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**PROVA TEÓRICA**

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

**QUESTÕES OBJETIVAS - TESTES**

- 1) Linfonodos com centros germinativos hiperplásicos possuem grande quantidade de macrófagos de corpos tingíveis, criando um aspecto em “céu estrelado”. Este achado está associado a qual fenômeno celular?
- Hipertrofia.
  - Hipotrofia.
  - Metaplasia.
  - Apoptose.
  - Necrose.
- 2) Qual dos mecanismos abaixo está associado ao envelhecimento celular?
- Intoxicação exógena.
  - Hiperplasia.
  - Encurtamento dos telômeros.
  - Metaplasia.
  - Aumento da atividade proliferativa.
- 3) No que consiste a “Tríade de Virchow”?
- É representada por dor abdominal em hipocôndrio direito, icterícia e febre.
  - Consiste na presença de linfonodos supraclavicular esquerdo e periumbilical, associados à CIVD.
  - É a tríade constituída por leucocitose, anemia e plaquetopenia.
  - São achados fortemente associados à cirrose hepática.
  - É a associação de dano endotelial, hipercoagulabilidade sanguínea e fluxo sanguíneo anormal.
- 4) As proteínas do sistema complemento são sintetizadas pelo fígado e liberadas na circulação em uma forma inativa, dependendo de sua clivagem para tornarem-se funcionais. É função dessas proteínas, **EXCETO**:
- Formarem ao final da reação um poro de permeabilidade na membrana de agentes infecciosos.
  - Funcionarem como agentes opsonizantes.
  - Exercerem papel quimiotático para células fagocíticas.
  - Cristalizarem, formando um núcleo de calcificação para isolar o agente infeccioso.
  - Agirem como pirógenos induzindo estado febril para combater infecções.

5) Paciente tabagista com nódulo pulmonar, cuja biópsia demonstrou um processo inflamatório crônico granulomatoso. Qual é a célula essencial para iniciar este tipo de resposta tecidual?

- a) Linfócito T.
- b) Linfócito B.
- c) Macrófago.
- d) Fibroblasto.
- e) Eosinófilo.

6) Assinale a alternativa **INCORRETA** em relação a infecção placentária:

- a) Placentas com infecção hematogênica costumam ser pálidas e com baixo peso.
- b) A cor esverdeada das membranas representam microabscessos, aglomerados de bactérias e focos de inclusão viral.
- c) Vilosite necroproliferativa e reparativa (fibrose) é um achado comum nas placentas de sífilis.
- d) Infecções virais costumam ocasionar calcificações do estroma viloso e da parede dos vasos.
- e) A pesquisa do *Treponema pallidum* pelo exame imunoistoquímico deveria atualmente estar disponível na maioria dos serviços de anatomia patológica.

7) B.V.R, 15 anos, masculino, com queixa de “urina escura”. Há cerca de 1 ano paciente apresentou quadro de icterícia, colúria e acolia fecal, com aumento de transaminases, bilirrubina, com predomínio da fração direta, FA, GGT e plaquetopenia, com sorologia positiva para hepatite A e negativa para as demais. Manteve-se assintomático durante o período de internação, com melhora dos sinais clínicos. Recebe alta com diagnóstico de hepatite viral, causada pelo vírus A, com alta e seguimento ambulatorial. Há 1 semana, apresentou recidiva dos sinais (icterícia, colúria e acolia fecal), porém, mantendo-se assintomático. Retornou ao serviço de saúde, sendo então transferido para o hospital para investigação clínica. Realizada biópsia hepática por apresentar aumento de cinco vezes os valores normais das transaminases, aumento de FA e Gama GT e FAN positivo de 1/640. A biópsia hepática evidenciou hepatite crônica, com atividade de interface e lobular, com rosetas hepatocitárias. Qual o diagnóstico mais provável?

- a) Hepatite autoimune.
- b) Hepatite viral.
- c) Hepatoblastoma.
- d) Hepatite lúpica
- e) Hepatite sifilítica.

8) Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) Esofagites eosinofílicas são comuns em adolescentes e adultos jovens e devem ser pesquisadas nos três segmentos (superior, médio e inferior), incluindo achado de mais de 15 eosinófilos/CGA.
- b) Colites alérgicas e por intolerância alimentar compartilham a exocitose de eosinófilos nas criptas do epitélio de revestimento.
- c) Giardíase duodenal é o diagnóstico diferencial de doença celíaca duodenal.
- d) Na RCU (retocolite ulcerativa idiopática) infantil o reto pode ser poupado.
- e) Colites microscópicas são comuns na infância e incluem a colite colagênica e a colite linfocítica.

9) Um paciente apresenta lesão bolhosa. Será necessário fazer estudo de imunofluorescência para definição diagnóstica. Qual das seguintes substâncias listadas abaixo é a mais apropriada para acondicionar a biópsia do paciente até a realização do exame?

- a) Glutaraldeído.
- b) Bouin.
- c) Formalina tamponada a 10%.
- d) Solução de Michel.
- e) Álcool 70.

- 10) Em relação ao melanoma, assinale a opção **VERDADEIRA**:
- A profundidade de infiltração de Breslow deve ser medida da camada basal até a última célula neoplásica.
  - Um melanoma não pode ser invasivo e estar em fase radial de crescimento.
  - A avaliação da presença ou não de ulceração é um dos principais itens para o estadiamento preciso do melanoma.
  - A extensão da cirurgia de ampliação de margens é a mesma tanto para melanomas *in situ* quanto para os melanomas invasivos.
  - A mutação do gene BRAF geralmente é encontrada nas lesões malignas e portanto não esperada em nevos.
- 11) Dentre as entidades abaixo, assinale aquela que **MENOS PROVAVELMENTE** pode apresentar-se como uma urgência/emergência dermatológica.
- Pênfigo Foliáceo.
  - Doença do enxerto *versus* hospedeiro (GVHD).
  - Penfigoide bolhoso.
  - Síndrome de Sweet.
  - Vasculite leucocitoclástica.
- 12) Assinale a opção que melhor descreve os achados histopatológicos encontrados na Síndrome de Stevens-Johnson:
- Dermatite espongíotica com paraceratose e eosinófilos.
  - Dermatite de interface vacuolar, ceratinócitos necróticos, bolha subepidérmica e necrose epidérmica.
  - Dermatite de interface vacuolar com vasculite leucocitoclástica.
  - Dermatite psoriasiforme com neutrófilos.
  - Dermatite espongíotica com formação de bolha subcórnea e linfócitos.
- 13) Em relação à síndrome de Sweet, todas as opções abaixo são corretas, **EXCETO**:
- O seu sinônimo é dermatose neutrofilica aguda febril.
  - Pode estar associada à quadros de neoplasias, infecções ou medicamentos.
  - A histopatologia se caracteriza por edema na derme papilar com abundantes neutrófilos.
  - Os casos suspeitos para síndrome de Sweet devem ser investigados para excluir infecções fúngicas através de técnicas de colorações especiais, tais como Grocott e PAS.
  - São lesões que comumente apresentam muitos linfócitos associados.
- 14) Em relação às lesões cutâneas, assinale a opção **FALSA**:
- Carcinomas basocelulares são comumente encontrados nos pacientes com Síndrome de Gorlin.
  - Todas as variantes morfológicas do carcinoma basocelular apresentam o mesmo comportamento biológico.
  - Sebaceomas são lesões descritas no contexto da síndrome de Muir Torre.
  - O subtipo histológico de melanoma conhecido como lentigo maligno é mais comumente descrito em regiões de intensa exposição ao Sol, como a face.
  - O carcinoma de células de Merkel apresenta marcação imunoistoquímica positiva para marcadores neuroendócrinos e pode estar associado à infecção por poliomavírus.
- 15) Dentre as opções abaixo, assinale a opção **FALSA**:
- A transformação fibrossarcomatosa de um Dermatofibrossarcoma Protuberans (DSFP) se dá histologicamente pelo aumento de celularidade, atipia e da contagem mitótica.
  - O eritema nodoso é caracterizado por paniculite septal sem vasculite.
  - O dermatofibroma é caracterizado por cristas epidérmicas alongadas, com hiperpigmentação da camada basal. Na derme observa-se proliferação de fibroblastos formando feixes entrelaçados.
  - Paniculite lúpica é caracterizada por paniculite septal com muitos plasmócitos.
  - O líquen plano é caracterizado por dermatite de interface liquenoide. As cristas epidérmicas apresentam aspecto serrilhado.

- 16) Assinale abaixo a opção **FALSA** em relação às neoplasias epiteliais ovarianas.
- O carcinoma seroso de alto grau faz parte do grupo considerado tumores tipo 2, geralmente são tumores altamente agressivos e diagnosticados em estádios avançados.
  - É possível encontrar áreas de carcinoma anaplásico em meio a um carcinoma mucinoso do ovário e esta área é chamada de nódulo mural.
  - O Carcinoma seroso de baixo grau faz parte dos tumores ovarianos considerados como tipo 1 e possuem alta frequência de mutação no gene TP53.
  - Os carcinomas endometrioides do ovário podem apresentar áreas de diferenciação escamosa e também alterações de padrão secretor.
  - O Carcinoma ovariano que apresenta o citoplasma das células rico em glicogênio é o carcinoma de células claras.
- 17) Em relação às neoplasias endometriais, assinale a alternativa **INCORRETA**:
- Critérios que podem ajudar a distinguir um adenocarcinoma endometriode bem diferenciado de uma hiperplasia atípica endometrial são a resposta desmoplásica, padrão confluyente glandular e áreas epiteliais sólidas não escamosas, todas favorecendo o diagnóstico de adenocarcinoma.
  - Para o rastreamento de Síndrome de Lynch das pacientes com adenocarcinoma endometrial pode-se realizar o estudo imunoistoquímico usando os anticorpos MSH2, MSH6, MLH1 e MLH2, sendo que a positividade da marcação imunoistoquímica para esses anticorpos nas células neoplásicas indica possibilidade da síndrome.
  - Um adenocarcinoma endometriode do endométrio que apresenta 15% de área sólida é classificado como FIGO grau 2.
  - O Carcinoma de células claras não deve ser graduado de acordo com a FIGO.
  - Um adenocarcinoma do endométrio em que 90% é representado por adenocarcinoma endometriode e 10% seroso pode ser classificado como misto.
- 18) Em relação à macroscopia de tumores ginecológicos, assinale a opção **FALSA**:
- Em relação à tuba uterina do produto de uma salpingo-ooforectomia profilática para redução de risco em paciente com mutação germinativa no gene BRCA, se macroscopicamente normal, pode ser feita de maneira representativa, com 1 bloco por centímetro da tuba.
  - Os tumores mucinosos *borderlines* ovarianos devem ser macroscopicamente representados com 2 blocos por centímetro da neoplasia.
  - Se recebermos um omento proveniente de cirurgia oncológica de paciente com carcinoma ovariano, mesmo que macroscopicamente sem lesões, devemos representar histologicamente múltiplos blocos.
  - É necessária, no estudo macroscópico dos tumores ovarianos, a avaliação da integridade da superfície tumoral.
  - Em relação ao ovário de um produto de uma salpingo-ooforectomia profilática para redução de risco em paciente com mutação germinativa no gene BRCA, mesmo que macroscopicamente normal, deve ser inteiramente representado para avaliação histológica.
- 19) Uma lesão é caracterizada por uma mistura de neoplasia epitelial e mesenquimal, no qual o componente epitelial é benigno e o estromal é maligno de baixo grau. Qual das opções diagnósticas abaixo melhor representa essa descrição?
- Adenossarcoma.
  - Tumor Mulleriano misto maligno.
  - Adenomioma.
  - Carcinossarcoma.
  - Tumor adenomatoide.
- 20) Assinale a alternativa **FALSA** em relação às lesões endocervicais:
- A metaplasia tubária endocervical faz diagnóstico diferencial com o adenocarcinoma *in situ* endocervical.
  - A hiperplasia microglandular cervical é uma proliferação geralmente relacionada à exposição hormonal.
  - Tunnel Clusters* são percussores neoplásicos do adenocarcinoma cervical.
  - É possível encontrar remanescentes mesonéfricos na parede cervical.
  - A cervicite folicular se caracteriza pela inflamação da mucosa endocervical com grande quantidade de folículos linfóides associados.

21) Assinale a alternativa **FALSA**:

- a) Os corpúsculos de Call-Exner são encontrados nos tumores de células da granulosa.
- b) Alfa-fetoproteína pode encontrar-se elevada nos tumores do seio endodérmico.
- c) Inibina apresenta marcação imunoistoquímica positiva em tumores de células da granulosa.
- d) CD10 é um bom marcador imunoistoquímico para evidenciar estroma endometrial.
- e) A positividade imunoistoquímica para P16 e negatividade para receptor de estrógeno e vimentina favorece que a neoplasia seja de origem endometrial quando comparada à origem endocervical.

22) Um esfregaço de citologia urinária apresentando várias células uroteliais com alta relação núcleo:citoplasmática (maior que 0,7), irregularidade da carioteca e hiper cromasia, contendo também células escamosas e células em guarda-chuva bem preservadas, tem como diagnóstico, seguindo o Sistema de Paris para relatar citologia urinária:

- a) Carcinoma urotelial de baixo grau.
- b) Carcinoma urotelial de alto grau.
- c) Infecção por poliomavírus.
- d) Células uroteliais atípicas.
- e) Lesão intrapitelial de alto grau.

23) Segundo o Sistema Bethesda para relato de citologia cervical (3ª ed.), qual das afirmações abaixo é **INCORRETA** em relação aos critérios citológicos que podem ser encontrados em lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau?

- a) As alterações são geralmente confinadas a células escamosas intermediárias ou superficiais "maduras".
- b) Cariomegalia em mais de três vezes a área de núcleos intermediários em uma célula com amplo citoplasma.
- c) Presença de cavitação perinuclear bem definida, com bordo periférico densamente corado.
- d) Irregularidade da carioteca em uma célula com alta relação núcleo:citoplasmática.
- e) Em meio líquido, os critérios citológicos para lesão intraepitelial de baixo grau são os mesmos que em meio convencional, embora, em alguns casos, os núcleos podem apresentar-se menos hiper cromáticos.

24) Uma massa periférica é ressecada do pulmão de uma mulher de 48 anos. A neoplasia apresenta crescimento trabecular de células poligonais, uniformes, de núcleos mostrando cromatina finamente granular e citoplasma eosinofílico, moderadamente abundante e granuloso. Qual o painel imuno-histoquímico e o diagnóstico mais provável do presente caso?

- a) TTF-1 e Napsina A positivos – Adenocarcinoma pulmonar sólido.
- b) Sinaptofisina e Cromogranina positivos – Carcinoma neuroendócrino bem diferenciado.
- c) TTF-1 e CD56 positivos – Carcinoma neuroendócrino de pequenas células.
- d) Cromogranina e Sinaptofisina positivos – Tumor Carcinoide.
- e) S100 e Melan-A positivos – Melanoma.

25) Em relação à questão anterior, se no exame histológico você ainda encontrasse 8 mitoses em 2 mm<sup>2</sup> e necrose focal, você designaria a lesão como sendo um:

- a) Adenocarcinoma pulmonar sólido, com necrose.
- b) Carcinoma neuroendócrino bem diferenciado, grau 2.
- c) Carcinoma neuroendócrino de pequenas células, com necrose.
- d) Tumor carcinoide atípico.
- e) Melanoma.

26) Todas as alternativas abaixo apresentam a descrição apropriada de tumores pulmonares, **EXCETO**:

- a) Adenocarcinoma fetal de baixo grau – paciente jovem a meia-idade, glândulas bem formadas, lembrando endométrio secretor inicial, inclusive podendo formar mórulas escamoides.
- b) Adenocarcinoma micropapilar – pequenos ninhos de células com desmoplasia intensa.
- c) Carcinoma mucoepidermoide de baixo grau - localização endobronquial, sólido-cístico, contendo células secretoras de mucina, células intermediárias e áreas variáveis de diferenciação escamosa.
- d) Adenocarcinoma mucinoso invasivo – células mucinosas revestindo espaços alveolares e os preenchendo de muco; CK7 e CK20 positivo e TTF-1 negativo.
- e) Hiperplasia adenomatosa atípica – proliferação localizada (frequentemente menor que 5 mm) de pneumócitos tipo II e/ou células de Clara, discretamente atípicas, revestindo a parede alveolar.

- 27) Em relação à determinação de sítio primário em biópsias de pulmão com carcinomas, assinale a **VERDADEIRA**:
- a) A ausência de expressão de TTF-1 e Napsin A exclui a possibilidade do pulmão como sítio primário.
  - b) A expressão de CDX2 é um achado definitivo de metástase do trato gastrointestinal.
  - c) Mesmo com expressão de p63, uma neoplasia que expresse TTF-1 e Napsin A deve ser considerada como Adenocarcinoma pulmonar.
  - d) Metástases de carcinomas mamários luminais raramente expressam GATA3.
  - e) Carcinomas com expressão forte e difusa de p40 devem ser considerados Adenocarcinomas.
- 28) Todos os marcadores abaixo são comumente expressos nas células epiteliais dos carcinomas tímicos, **EXCETO**:
- a) CD117 (c-kit).
  - b) CD5.
  - c) MUC1.
  - d) GLUT1.
  - e) GATA3.
- 29) Qual dupla de marcadores abaixo é mais útil na diferenciação entre um Mesotelioma e um Adenocarcinoma?
- a) Calretinina e BerEP4.
  - b) Citoceratina 7 e p53.
  - c) MUC1 e MOC31.
  - d) WT1 e Desmina.
  - e) D2-40 e BAP1.
- 30) Em relação aos gliomas difusos, marque a alternativa **CORRETA**:
- a) Oligodendrogliomas geralmente possuem a codeleção 1p/19q, mas são negativos para IDH1.
  - b) Glioblastomas (GBM), IDH mutantes possuem pior prognóstico em relação aos IDH selvagens.
  - c) Astrocitomas difusos, IDH mutantes geralmente tem expressão preservada de ATRX.
  - d) Astrocitomas difusos, IDH selvagem com amplificação de EGFR tem comportamento semelhante a GBM.
  - e) Oligodendrogliomas em geral exibem perda da expressão nuclear de ATRX.
- 31) Paciente de 15 anos, com lesão óssea lítica em diáfise femural, com extenso componente de partes moles. Não há lesões em outros sítios. O exame histopatológico do produto de biópsia demonstrou uma neoplasia maligna constituída por células pequenas indiferenciadas, com áreas de necrose. Um estudo imunoistoquímico extenso demonstrou somente expressão de CD99 e NKX2.2. Qual o achado molecular mais provável desta neoplasia?
- a) Fusão EWSR1-WT1.
  - b) Fusão PAX3-FOXO1.
  - c) Fusão EWSR1-FLI1.
  - d) Perda de SMARCB1.
  - e) Perda de SMARCA4.
- 32) Quais aspectos histopatológicos devem ser levados em consideração na graduação dos sarcomas de partes moles, segundo a FNCLCC (Federação Nacional dos Centros de Luta Contra o Câncer)?
- a) Grau nuclear, índice mitótico e Ki-67.
  - b) Diferenciação tumoral, necrose tumoral e índice mitótico.
  - c) Tipo histológico, tamanho e localização.
  - d) Índice mitótico, grau nuclear e formação de matriz extracelular.
  - e) Tipo histológico e Ki-67.
- 33) Paciente portador de múltiplos neurofibromas, muitos deles plexiformes. Quais os outros achados esperados?
- a) Schwannomas vestibulares bilaterais.
  - b) Múltiplos meningiomas.
  - c) Carcinomas de células renais tipo células claras.
  - d) Carcinomas sebáceos.
  - e) Manchas café-com-leite e nódulos de Lisch.

- 34) Paciente de 38 anos evoluindo com obstrução intestinal por lesão mesentérica. O exame da lesão demonstrou proliferação de células fusiformes em feixes longos, com estroma colagênico e padrão infiltrativo. Houve expressão de actina de músculo liso e positividade nuclear para Beta-catenina. A que situação esta lesão pode estar associada?
- Neurofibromatose tipo I.
  - Neurofibromatose tipo II.
  - Síndrome de Von Hippel Lindau.
  - Síndrome de Gardner.
  - Síndrome de Lynch.
- 35) Em relação ao caso anterior, o cirurgião do paciente entrou em contato para saber se há necessidade de alguma investigação adicional. O que você sugeriria?
- Colonoscopia.
  - Ressonância magnética de crânio.
  - PET-CT.
  - Tomografia de tórax.
  - Não há necessidade de nenhuma investigação adicional.
- 36) Paciente de 72 anos, com linfonodomegalia cervical. O exame do linfonodo demonstra uma proliferação linfoide que apresenta o seguinte imunofenótipo: CD20+, CD5+, CD23+ e LEF1+, com índice proliferativo de cerca de 10%. Qual o aspecto morfológico mais provável?
- Desarranjo arquitetural às custas de proliferação difusa de células grandes.
  - Proliferação linfoide polimórfica, com raras células grandes e atípicas em meio à fibrose, histiócitos e eosinófilos.
  - Proliferação linfoide nodular, com células de aspecto centrocítico e centroblástico.
  - Proliferação difusa de linfócitos pequenos, com centros de proliferação contendo pró-linfócitos e paraimunoblastos.
  - Arquitetura preservada, com centros germinativos proeminentes e expansão plasmocitária interfolicular.
- 37) Paciente de 28 anos, com massa cervical biopsiada. Foi revelada uma proliferação linfoide difusa de células de tamanho intermediário a grande, com relativa monotonia nuclear e alguns nucléolos presentes, além de macrófagos de permeio criando um aspecto em céu estrelado. O estudo imunoistoquímico revelou expressão difusa de CD20, CD10, Bcl-6 e Bcl-2, com Ki-67 de virtualmente 100%. Foi solicitado teste de hibridização *in situ* fluorescente (FISH), que demonstrou rearranjo dos genes MYC e BCL2 (IGH-BCL2). Qual o diagnóstico do presente caso, segundo a última revisão da classificação das neoplasias hematopoiéticas?
- Linfoma de Burkitt.
  - Linfoma difuso de grandes células B, duplo expressor.
  - Linfoma de células B de alto grau, duplo-*hit*.
  - Linfoma de células B de alto grau, sem outra especificação.
  - Linfoma difuso de grandes células B, sem outra especificação.
- 38) Paciente de 55 anos, apresenta dor abdominal recorrente e extensa lesão gástrica ulcerada. O exame histopatológico revela proliferação linfoide difusa de células grandes e atípicas, com extensa necrose, angiocentricidade e angiodestruição. Estas células expressam CD3, CD56 e grânulos citotóxicos, sendo negativas para marcadores B e CD30. Qual marcador ou teste adicional está indicado para a classificação precisa da neoplasia?
- Imunoistoquímica para ALK-1.
  - FISH para MYC, BCL2 e BCL6.
  - Imunoistoquímica para HHV8.
  - Imunoistoquímica para PD1.
  - Hibridização *in situ* para EBV.

- 39) Qual dos achados abaixo torna o diagnóstico de Linfoma de Hodgkin clássico **MENOS PROVÁVEL**?
- Expressão forte de CD30 em todas as células neoplásicas.
  - Expressão forte de CD20 em todas as células neoplásicas.
  - Expressão forte de CD15 em todas as células neoplásicas.
  - Positividade para EBV por imunistoquímica (LMP-1).
  - Expressão de Pax-5 fraca em relação aos linfócitos B adjacentes.
- 40) Paciente de 45 anos, com massa cervical cuja punção aspirativa revelou tratar-se de Carcinoma de células escamosas metastático. Em investigação, foi identificado aumento de amígdala ipsilateral, que foi ressecada. O exame histopatológico revelou uma proliferação não ceratinizante de células escamosas atípicas, confinada ao epitélio das criptas tonsilares, sem evidências de infiltração estromal. O estudo imunistoquímico revelou expressão forte e difusa de p16 no núcleo e citoplasma das células. Qual o melhor diagnóstico para o espécime da amígdala?
- Carcinoma de células escamosas, HPV-positivo.
  - Carcinoma de células escamosas *in situ*.
  - Lesão intraepitelial escamosa de alto grau.
  - Lesão intraepitelial escamosa de potencial maligno incerto.
  - Displasia epitelial não ceratinizante.
- 41) Paciente de 48 anos, com lesão tumoral em teto da cavidade nasal. Histologicamente trata-se de uma neoplasia multinodular de padrão organoide, com ausência de expressão de citoceratinas e positividade para sinaptofisina e cromogranina. Qual o diagnóstico mais provável?
- Carcinoma neuroendócrino sinonasal.
  - Carcinoma indiferenciado sinonasal.
  - Neuroblastoma olfatório.
  - Melanoma sinonasal.
  - Carcinoma sinonasal SMARCB1 deficiente.
- 42) Como deve ser feito o estadiamento patológico 'T' de carcinomas mamários com múltiplos focos de invasão estromal?
- Através da somatória dos tamanhos de todos os focos de invasão encontrados.
  - Pela maior dimensão que havia sido determinada por método de imagem pré-operatório.
  - Nestas situações, cada foco de invasão demanda um estadiamento 'T' em separado.
  - Através da medida do maior foco de invasão.
  - Através da média aritmética de todos os focos de invasão.
- 43) Sobre os carcinomas mamários com microinvasão, assinale a alternativa **CORRETA**:
- Deve-se considerar microinvasão quando se nota foco único de infiltração estromal com mais de 2,0 mm.
  - O p63 em lesões não invasivas normalmente mostra distribuição uniforme e sem *gaps*, sendo considerado um marcador único eficaz em avaliar a microinvasão.
  - A adenose microglandular pode simular microinvasão, sendo de grande utilidade o estudo imunistoquímico, que revela S100 negativo e positividade para o p63.
  - A combinação de miosina ou calponina, juntamente com p63 é excelente para avaliar a presença de células mioepiteliais, especialmente em proliferações com estroma esclerosante.
  - Normalmente as lesões microinvasivas estão associadas à carcinoma intraductal de baixo grau.
- 44) Todas as características abaixo estão associadas a Carcinomas medulares típicos da mama, **EXCETO**:
- Arquitetura sincicial em mais de 75% da massa tumoral.
  - Expressão imunistoquímica de receptor de estrógeno na maioria dos casos.
  - Bordas circunscritas e expansivas.
  - Denso infiltrado linfoplasmocitário no estroma tumoral.
  - Núcleos vesiculosos de alto grau contendo um ou mais nucléolos.



45) A identificação de tumores associados à instabilidade microssatélite é importante, visto que constitui um critério de rastreamento para o câncer de cólon hereditário não associado à polipose (HNPCC-Lynch). São critérios sugestivos de instabilidade microssatélite em carcinomas colorretal, **EXCETO**:

- a) Presença de infiltrado linfoide intratumoral (mais de 5 linfócitos/ 10 CGA).
- b) Reação estromal linfoide peritumoral "Crohn-símile".
- c) Localização no cólon esquerdo/sigmoide.
- d) Padrão de crescimento tumoral medular.
- e) Diferenciação mucinosa/presença de células em "anel de sinete".

46) 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 do apêndice.
- c) Quando neoplasias mucinosas do apêndice são encontradas, é indispensável a análise do apêndice na sua totalidade.
- d) Na neoplasia mucinosa de baixo grau do apêndice as células podem estar ausentes ou ser muito escassas dentro do material mucinoso. Ampla amostragem sempre é necessária.
- e) O pseudomixoma peritoneal pode ter origem em outros órgãos que não o apêndice, como vesícula biliar, pâncreas, tuba uterina, ovário e sítios colorretais.

47) Adenocarcinoma ductal pancreático (ADP) é o tumor sólido exócrino mais frequente no pâncreas. São tumores de crescimento rápido e em geral são descobertos depois de já terem invadido os tecidos peripancreáticos. Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) A maioria acomete a cabeça do pâncreas sendo importante uma ampla amostragem desta região para distinção com tumores ampolares.
- b) Pancreatite crônica é um diagnóstico diferencial importante sendo de fácil distinção do ADP.
- c) Tamanho e localização do tumor, grau de diferenciação, invasão linfovascular e análise da margem radial/circunferencial tem relação prognóstica.
- d) A presença de pequenos ductos localizados na gordura extrapancreática sem a presença concomitante de ácinos ou ilhotas pode ser um indicador de malignidade.
- e) A punção transduodenal por ecoendoscopia tem se mostrado um método sensível e cada vez mais utilizado para o diagnóstico de ADP.

48) Qual o grupo de grau prognóstico (ISUP) de um paciente com Adenocarcinoma prostático Gleason 7 (4+3)?

- a) 1.
- b) 2.
- c) 3.
- d) 4.
- e) 5.

49) Paciente de 35 anos, com tumor testicular ressecado. Histologicamente, observa-se uma neoplasia maligna com células atípicas com núcleos grandes e nucléolos proeminentes, com áreas de necrose. Houve expressão difusa de citoceratinas e CD30. Qual é o diagnóstico mais provável?

- a) Seminoma.
- b) Tumor do seio endodérmico.
- c) Linfoma anaplásico.
- d) Carcinoma embrionário.
- e) Tumor espermatozóide.

50) Em relação aos carcinomas da bexiga, marque a alternativa **INCORRETA**.

- a) Grau histológico e presença ou não de invasão da lâmina própria e muscular própria devem ser reportadas.
- b) Há variantes de maior agressividade biológica, com por exemplo a variante plasmocitoide.
- c) Adenocarcinomas mucinosos vesicais podem estar associados a cistite cística glandular.
- d) Carcinomas uroteliais costumam demonstrar expressão imunoistoquímica nuclear de GATA3.
- e) Carcinomas papilares não invasivos de baixo grau devem ser denominados Carcinomas *in situ*.



Candidato: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**PROVA TEÓRICA – CARTÃO RESPOSTA**

Valor de cada questão (20): 0,5	0,5	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, 48 anos. Nódulo uterino.**

Hipótese diagnóstica principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico diferencial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico descritivo: \_\_\_\_\_

**CASO 2: Mulher, 56 anos. Tumor anexial direito.**

Hipótese diagnóstica principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico diferencial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico descritivo: \_\_\_\_\_

**CASO 3: Homem, 16 anos. Tumor de fossa nasal.**

Hipótese diagnóstica principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico diferencial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico descritivo: \_\_\_\_\_

**CASO 4: Homem, 28 anos. Tumor mandibular.**

Hipótese diagnóstica principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico diferencial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico descritivo: \_\_\_\_\_

**CASO 5: Homem, 42 anos. Lesão esofágica.**

Hipótese diagnóstica principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico diferencial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico descritivo: \_\_\_\_\_

**CASO 6: Homem, 60 anos. Biópsia de massa hepática.**

Hipótese diagnóstica principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico diferencial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico descritivo: \_\_\_\_\_

**CASO 7 (H&E e Grocott): Mulher, 45 anos, transplantada renal. Biópsia pulmonar por infiltrado intersticial.**

Hipótese diagnóstica principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico diferencial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico descritivo: \_\_\_\_\_

**CASO 8 (H&E e TTF-1): Mulher, 72 anos. Biópsia de nódulo pulmonar.**

Hipótese diagnóstica principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico diferencial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico descritivo: \_\_\_\_\_

**CASO 9: Homem, 52 anos. Lesão em hálux direito.**

Hipótese diagnóstica principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico diferencial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico descritivo: \_\_\_\_\_

**CASO 10 (H&E e PAS): Homem, 32 anos. Queda do estado geral e diarreia. Biópsia de linfonodo abdominal.**

Hipótese diagnóstica principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico diferencial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico descritivo: \_\_\_\_\_

**CASO 11: Mulher, 63 anos. Tumor renal.**

Hipótese diagnóstica principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico diferencial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico descritivo: \_\_\_\_\_

**CASO 12: Homem, 29 anos. Tumor de crescimento rápido em braço direito.**

Hipótese diagnóstica principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico diferencial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico descritivo: \_\_\_\_\_

**CASO 13: Mulher, 23 anos. Nódulo em antebraço esquerdo.**

Hipótese diagnóstica principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico diferencial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico descritivo: \_\_\_\_\_

**CASO 14: Homem, 37 anos. Tumor no *filum terminale* da medula espinhal.**

Hipótese diagnóstica principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico diferencial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico descritivo: \_\_\_\_\_

**CASO 15: Exame da placenta de um recém-nascido prematuro de 32 semanas de gestação.**

Hipótese diagnóstica principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico diferencial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico descritivo: \_\_\_\_\_

**CASO 16: Menina, 9 anos. Lesão pruriginosa em dorso da mão direita.**

Hipótese diagnóstica principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico diferencial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico descritivo: \_\_\_\_\_

**CASO 17: Homem, 18 anos. Biópsia de esôfago com aspecto endoscópico de “traquealização”.**

Hipótese diagnóstica principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico diferencial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico descritivo: \_\_\_\_\_

**CASO 18 (H&E e S100): Mulher, 57 anos. Lesão de fossa nasal.**

Hipótese diagnóstica principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico diferencial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico descritivo: \_\_\_\_\_

**CASO 19: Menino, 11 anos. Tumor em fêmur distal.**

Hipótese diagnóstica principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico diferencial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico descritivo: \_\_\_\_\_

**CASO 20: Menino, 8 anos. Tumor de fossa posterior.**

Hipótese diagnóstica principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico diferencial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico descritivo: \_\_\_\_\_

**CASO 21: Mulher, 25 anos. Linfonodo cervical.**

Hipótese diagnóstica principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico diferencial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico descritivo: \_\_\_\_\_

**CASO 22: Mulher, 45 anos. Nódulo espiculado em mama direita.**

Hipótese diagnóstica principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico diferencial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico descritivo: \_\_\_\_\_

**CASO 23: Mulher, 32 anos. Nódulo de mama esquerda.**

Hipótese diagnóstica principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico diferencial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico descritivo: \_\_\_\_\_



**CASO 24: Homem, 72 anos. Punção aspirativa de linfonodo inguinal esquerdo.**

**Hipótese diagnóstica principal:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico diferencial:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico descritivo:** \_\_\_\_\_

**CASO 25: Mulher, 35 anos. Citologia cérvico-vaginal.**

**Hipótese diagnóstica principal:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico diferencial:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico descritivo:** \_\_\_\_\_



Candidato: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**PROVA PRÁTICA – PATOLOGIA DE NECRÓPSIA / MACROSCOPIA**

<b>Valor de cada questão (20): 0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>x</b>	<b>=</b>
--	------------	----------	----------

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