

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2025/2026

Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

CITOPATOLOGIA

PROVA OBJETIVA - TIPO 1



SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha para a marcação das respostas.



TEMPO

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas.**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas.
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões.**



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova.
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala.
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões.



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas.
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul.**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas.
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala.
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro.
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas.
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas.

Boa prova!

Patologia

1

Em relação à apoptose, assinale a afirmativa correta.

- (A) A apoptose é sempre acompanhada por um intenso processo inflamatório, devido à liberação de conteúdo celular no meio extracelular.
- (B) A via extrínseca da apoptose depende da ativação das caspases apenas pela liberação de citocromo c das mitocôndrias.
- (C) Os corpos apoptóticos resultantes do processo de apoptose são fagocitados sem ativação inflamatória.
- (D) A proteína Bcl-2 promove a apoptose ao formar poros na membrana mitocondrial externa.
- (E) A apoptose é caracterizada por aumento do volume celular e lise da membrana plasmática.

2

Sobre as possíveis complicações da inflamação aguda, assinale a afirmativa correta.

- (A) A resolução completa da inflamação aguda sempre ocorre, independentemente da etiologia ou extensão do dano tecidual.
- (B) A inflamação aguda pode evoluir para inflamação crônica quando o agente agressor persiste ou quando há disfunção na resposta inflamatória.
- (C) A formação de abscesso representa uma falha na resposta inflamatória e não está associada à inflamação aguda.
- (D) A fibrose não é uma complicação da inflamação aguda, pois ocorre apenas em processos neoplásicos.
- (E) A progressão para sepse é rara e não tem relação direta com a inflamação aguda.

3

Homem de 52 anos, trabalhador rural, apresenta emagrecimento, tosse crônica e linfadenomegalia cervical. A biópsia de linfonodo mostrou infiltrado inflamatório crônico granulomatoso composto por células epitelioides e células gigantes multinucleadas do tipo Langhans, associado a áreas de necrose pouco extensas.

Foram solicitadas colorações especiais: Ziehl-Neelsen negativa, PAS com positividade fraca em estruturas arredondadas, e coloração de prata (Grocott) com realce de estruturas fúngicas com brotamento múltiplo.

Com base nesses achados, o diagnóstico mais provável é

- (A) tuberculose ganglionar paucibacilar.
- (B) sarcoidose com necrose associada a infecção bacteriana secundária.
- (C) histoplasmose disseminada.
- (D) criptococose linfonodal em paciente imunocompetente.
- (E) paracoccidioiomicose ganglionar.

4

Homem de 58 anos, com história de etilismo crônico, apresenta sinais clínicos de descompensação hepática.

A biópsia hepática revela

- Hepatócitos isolados com citoplasma fortemente eosinofílico e núcleos picnóticos, sem reação inflamatória ao redor;
- áreas com fibrose em pontes delimitando estruturas nodulares formadas por hepatócitos regulares.

Esses achados microscópicos descrevem

- (A) necrose lítica e nódulos de displasia hepática.
- (B) corpúsculos apoptóticos e nódulos de regeneração.
- (C) degeneração balonizante e nódulos neoplásicos.
- (D) hepatite viral aguda com necrose em ponte e regeneração irregular.
- (E) hepatócitos binucleados em mitose e focos de esteatose macrovesicular.

5

Homem, 48 anos, tabagista leve (10 cigarros/dia há 20 anos), com febre persistente, tosse produtiva e consolidação pulmonar à direita em imagem, foi submetido a broncofibroscopia com lavado brônquico para investigação citológica.

Achados citológicos: a amostra é adequada, com celularidade representativa. Observam-se grupos de células epiteliais com diferenciação escamosa, citoplasma denso e núcleos uniformes, sem pleomorfismo, hipercromasia ou nucléolos proeminentes. Presença de infiltrado inflamatório com neutrófilos e macrófagos com pigmento.

Com base na classificação citológica da OMS para amostras do trato respiratório, a categoria correta para esse caso é

- (A) Categoria 1 – Amostra não diagnóstica ou insatisfatória devido à escassez de elementos epiteliais representativos.
- (B) Categoria 2 – Negativa para malignidade, incluindo alterações benignas como metaplasia escamosa.
- (C) Categoria 3 – Atipia escamosa de significado indeterminado, requerendo nova amostragem.
- (D) Categoria 4 – Atipia escamosa suspeita para lesão maligna, recomendando investigação imediata.
- (E) Categoria 5 – Positiva para malignidade (carcinoma escamoso bem diferenciado).

6

Mulher de 45 anos com histórico de aumento cervical progressivo. Ao exame físico, observa-se bócio multinodular, com nódulo dominante no lobo direito da tireoide, de aproximadamente 2,5 cm, firme e pouco móvel à palpação. A ultrassonografia mostra um nódulo hipocogênico com microcalcificações. Foi realizada punção aspirativa por agulha fina (PAAF).

Na microscopia observamos grupos de células foliculares arrançadas em microfolículos e trabéculas, coloide escasso, núcleos uniformes, sem atipias evidentes, ausência de inclusões ou fendas nucleares.

Com base nos achados morfológicos descritos, a categoria diagnóstica do Sistema Bethesda para Citopatologia de Tireoide correspondente é

- (A) Bethesda II – Benigno.
- (B) Bethesda III – Atipia de significado indeterminado / lesão folicular de significado indeterminado.
- (C) Bethesda IV – Neoplasia folicular ou suspeita de neoplasia folicular.
- (D) Bethesda V – Suspeito para malignidade.
- (E) Bethesda VI – Maligno.

7

Paciente de 65 anos com quadro clínico de leucocitose e trombocitose. Ao exame clínico, observa-se esplenomegalia gigante e bom estado geral.

Em relação aos achados microscópicos da biópsia de medula óssea encontrada nesse paciente, assinale a afirmativa correta.

- (A) Medula óssea normocelular com megacariócitos atípicos com núcleos monolobados ou separados. Série eritroide com maturação megaloblástica e série granulocítica sem alterações significativas.
- (B) Medula óssea hiperclular com infiltração por linfócitos pequenos com padrão paratrabecular e intersticial.
- (C) Medula óssea hiperclular com aumento da série granulocítica com maturação mantida. Série megacariocítica hiperclular com células grandes e hiperlobadas formando grupamentos.
- (D) Medula óssea hiperclular com aumento da série mieloide granulocítica com predomínio de células imaturas. Séries megacariocítica e eritroide hipocelulares com morfologia habitual.
- (E) Medula óssea hiperclular com aumento das três séries hematopoiéticas que apresentam maturação e proporção mantidas.

8

Paciente de 60 anos apresenta adenomegalia cervical anterior direita, supraclavicular direita, febre baixa e emagrecimento. Biópsia de linfonodo supraclavicular realizada identificou células pequenas com núcleos discretamente irregulares, algumas células maiores com citoplasma eosinófilico e núcleos ovais e padrão difuso de crescimento.

Diante de um linfoma de células pequenas, o painel imuno-histoquímico que deve ser solicitado é

- (A) CD20, CD3, TDT, BCL2, CD30, SOX11, Ki67.
- (B) CD20, CD3, LEF1, SOX11, BCL6, CD5, CD15.
- (C) CD20, CD3, CD30, CD15, BCL2, Ki67, ciclinaD1.
- (D) CD20, CD3, CD5, CD10, ciclinaD1, Ki67, BCL2.
- (E) CD20, CD3, BCL2, CD10, CD30, CD15, ciclinaD1.

9

Homem de 72 anos queixa-se de disúria e hematúria. Exame de imagem mostra lesão infiltrativa na transição entre o colo vesical e a base da próstata. Realizada biópsia transuretral. Ao exame histológico, observa-se proliferação epitelial neoplásica com padrão sólido, núcleos hiper cromáticos, nucléolos evidentes.

A morfologia não permite distinguir de imediato entre adenocarcinoma acinar da próstata e carcinoma urotelial infiltrativo. Foi solicitada imuno-histoquímica.

Com base nos marcadores imuno-histoquímicos listados a seguir, o painel mais adequado para ajudar no diagnóstico diferencial entre essas duas neoplasias é

- (A) PSA, NKX3.1, GATA3, CK7.
- (B) TTF-1, p63, GATA3, CDX2.
- (C) PSA, NKX3.1, GATA3, CK20.
- (D) CDX2, PSA, CK20, CK5/6.
- (E) ER, PR, GATA3, AMACR.

10

Paciente de 67 anos, hipertenso, apresenta massa renal detectada incidentalmente em ultrassonografia. A nefrectomia revelou neoplasia com arquitetura predominantemente papilífera, com revestimento por células cúbicas com citoplasma abundante, núcleos de contorno irregular e nucléolos evidentes em grande aumento. Há presença de corpos psamomatosos esparsos. Na imunohistoquímica, observou-se positividade para CK7 e AMACR, além de expressão de PAX8. CD10 e CAIX foram negativos.

Com base nesses achados, assinale a afirmativa correta.

- (A) A ausência de expressão de CAIX e a presença de corpos psamomatosos excluem a possibilidade de carcinoma papilífero.
- (B) O padrão imuno-histoquímico e morfológico são típicos de carcinoma de células claras com diferenciação papilífera.
- (C) Os achados favorecem carcinoma urotelial da pelve renal com diferenciação papilar.
- (D) A positividade para AMACR e PAX8 é inespecífica e sugere tumor metastático de origem pancreática.
- (E) Trata-se de carcinoma papilífero renal tipo 2, que geralmente apresenta piores características prognósticas.

11

Paciente de 58 anos, sexo masculino, tabagista, apresenta tosse seca persistente, fadiga e perda ponderal. A tomografia computadorizada de tórax revela massa lobulada no mediastino anterior, medindo 6,8 cm, com invasão da pleura adjacente e dos vasos mediastinais, além de adenomegalia mediastinal. Não há sinais clínicos de *miastenia gravis* ou outras síndromes paraneoplásicas.

A biópsia guiada por estereotaxia mostra proliferação epitelial atípica, arranjada em cordões e ninhos sólidos, com pleomorfismo nuclear moderado a acentuado, necrose central e ênfase em mitoses atípicas. Infiltrado linfocitário escasso está presente apenas focalmente.

O painel imuno-histoquímico revela:

- CK AE1/AE3: positivo difuso;
- CD5: positivo;
- CD117 (c-KIT): positivo membranar;
- p40: positivo;
- PAX8: negativo;
- TTF-1 e Napsina A: negativos;
- TdT: negativo.

Com base no conjunto dos dados clínicos, radiológicos, morfológicos e imuno-histoquímicos, o diagnóstico mais provável é

- (A) carcinoma tímico de células escamosas.
- (B) timoma tipo B3 invasivo.
- (C) carcinoma pulmonar de células escamosas.
- (D) timoma metaplásico com diferenciação escamosa.
- (E) linfoma linfoblástico.

12

Biópsia de massa testicular em paciente jovem revela neoplasia maligna composta por áreas sólidas, papilíferas e glandulares, com células de citoplasma claro, núcleos pleomórficos e nucléolos evidentes. Em outra região, observam-se estruturas microcísticas com corpúsculos hialinos globulares.

O estudo imuno-histoquímico demonstra dois perfis distintos:

- um componente é positivo para CD30 e OCT3/4, negativo para AFP;
- o outro componente é positivo para AFP e GLYPICAN-3, negativo para CD30 e OCT4.

Com base nesses achados morfológicos e imuno-histoquímicos, a combinação diagnóstica mais provável é

- (A) seminoma clássico e tumor de células de Sertoli.
- (B) teratoma maduro e tumor de Leydig.
- (C) seminoma clássico e carcinoma embrionário.
- (D) tumor do seio endodérmico e teratoma imaturo.
- (E) carcinoma embrionário e tumor do seio endodérmico.

13

De acordo com os critérios diagnósticos atualmente aceitos, em relação ao tumor fibroso solitário do tórax, assinale a afirmativa correta.

- (A) O diagnóstico requer obrigatoriamente a demonstração da fusão gênica NAB2-STAT6 por biologia molecular.
- (B) A positividade para S100 e colágeno IV é essencial para confirmação diagnóstica.
- (C) O diagnóstico pode ser estabelecido com base na morfologia característica e expressão imuno-histoquímica de CD34 e/ou STAT6.
- (D) A presença de necrose e mitoses atípicas é um critério obrigatório para diagnóstico.
- (E) A localização exclusivamente pleural é necessária para definição como tumor fibroso solitário.

14

Cerca de 35% dos casos de hepatocarcinoma podem ser subclassificados em subtipos específicos.

Sobre esses subtipos, assinale a afirmativa correta.

- (A) O subtipo macrotrabecular massivo está associado a bom prognóstico e geralmente ocorre em fígado sem cirrose.
- (B) O subtipo fibrolamelar ocorre em adultos mais velhos, está frequentemente associado a hepatite B e apresenta mutações em TP53.
- (C) O subtipo de células claras é definido pela presença de pelo menos 30% de células claras, relacionadas à acumulação de lipídeos.
- (D) O subtipo rico em linfócitos apresenta bom prognóstico e é caracterizado por predomínio de infiltrado inflamatório linfocitário sobre as células tumorais.
- (E) O subtipo cirroso apresenta esteatose difusa e é definido pela presença de estroma hialino e ausência de fibrose.

15

Paciente masculino, 58 anos, com nódulo cutâneo em tronco. A biópsia do nódulo mostrou proliferação densa de linfócitos pequenos, com núcleos regulares e presença de plasmócitos. A imunomarcagem mostrou positividade para CD20 e BCL2 e negatividade para BCL6, CD10, CD3 e CD5 nos linfócitos. Os plasmócitos marcaram CD138 e cadeia leve kappa.

O diagnóstico dessa neoplasia linfoide é

- (A) linfoma folicular.
- (B) linfoma marginal cutâneo.
- (C) linfoma de células do manto.
- (D) linfoma linfoplasmacítico.
- (E) linfoma de grandes células tipo *leg type*.

16

Sobre o diagnóstico diferencial entre dermatofibroma, dermatofibrossarcoma protuberans (DFSP) e histiocitoma fibroso angiomatoide (AFH), assinale a afirmativa correta.

- (A) Dermatofibroma é uma lesão infiltrativa, com expressão difusa de CD34 e fusão gênica COL1A1-PDGFB.
- (B) DFSP é uma neoplasia de partes moles, de crescimento infiltrativo e com expressão difusa de CD34.
- (C) Dermatofibroma e DFSP não podem ser diferenciados por imuno-histoquímica.
- (D) AFH é uma neoplasia cutânea benigna que expressa CD34 e S100 de forma difusa.
- (E) AFH é sempre negativa para desmina e ocorre exclusivamente em idosos.

17

Mulher de 54 anos apresenta nódulo mamário de 2,3 cm em quadrante superior externo da mama esquerda, confirmado por core biópsia como carcinoma invasivo de mama tipo não especial.

O estudo imuno-histoquímico mostra

- receptores de estrogênio: positivos em 90%;
- receptores de progesterona: positivos em 5%;
- Ki-67: 25%;
- HER2 (c-erbB-2): membrana com marcação fraca, incompleta, em mais de 10% das células tumorais.

Com base na classificação imuno-histoquímica atual de HER2 e no papel clínico dessa avaliação, assinale a opção que apresenta a interpretação correta.

- (A) HER2 3+ – superexpressão, sem necessidade de estudo adicional, elegível para terapias anti-HER2.
- (B) HER2 2+ – expressão ambígua, deve ser complementada por hibridização *in situ*, e se positiva, confere indicação de terapia alvo.
- (C) HER2 0 – ausência completa de expressão, não sendo considerado para tratamento anti-HER2.
- (D) HER2 1+ – expressão fraca e incompleta, sem indicação de hibridização, mas atualmente considerado HER2-low, com impacto terapêutico.
- (E) HER2 2+ – expressão fraca e incompleta, sem indicação de hibridização, mas atualmente considerado HER2-low, sem impacto terapêutico.

18

Uma biópsia de mama revela uma neoplasia epitelial maligna com células pequenas e uniformes, dispostas isoladamente ou em cordões lineares únicos, infiltrando o estroma fibroso de forma sutil. A imuno-histoquímica mostra positividade para receptores hormonais e ausência de expressão de E-caderina.

O diagnóstico mais provável é carcinoma

- (A) invasor tipo não especial.
- (B) tubular invasor.
- (C) papilífero invasor.
- (D) lobular invasor.
- (E) medular invasor.

19

Uma jovem de 27 anos é diagnosticada com carcinoma invasivo da mama triplo-negativo. Sua mãe faleceu aos 30 anos de um sarcoma e uma tia materna teve câncer de cérebro aos 15 anos. Considera-se a hipótese de síndrome de Li-Fraumeni. A análise imuno-histoquímica do tumor mostrou forte expressão nuclear difusa de p53.

Sobre essa síndrome, assinale a afirmativa correta.

- (A) A expressão forte e difusa de p53 na imuno-histoquímica é suficiente para confirmar o diagnóstico de mutação germinativa no TP53.
- (B) O teste genético/molecular para TP53 é considerado o padrão-ouro para o diagnóstico de síndrome de Li-Fraumeni.
- (C) A síndrome está associada apenas a carcinomas de mama e sarcomas.
- (D) A expressão ausente de p53 exclui a possibilidade de mutação germinativa.
- (E) O carcinoma de mama relacionado à síndrome geralmente é do tipo luminal A e de baixo grau.

20

Mulher de 38 anos, G2P2, apresenta sangramento intermenstrual e dor pélvica leve. Ao exame especular, observa-se lesão vegetante no colo uterino. A biópsia evidencia glândulas atípicas com arquitetura desorganizada, núcleos hipercromáticos alongados, citoplasma escasso e mitoses frequentes, incluindo figuras atípicas. Há reação desmoplásica no estroma adjacente.

O estudo imuno-histoquímico demonstra

- positividade difusa e forte para p16;
- Ki-67 positivo em mais de 50% das células;
- p53 com padrão wild-type.

Com base nesses achados, o diagnóstico mais provável é

- (A) adenocarcinoma endocervical usual relacionado ao HPV de alto risco.
- (B) adenocarcinoma endometriode de endométrio com extensão para o colo.
- (C) adenocarcinoma mucinoso endocervical tipo gástrico (HPV-independente).
- (D) adenocarcinoma seroso de endométrio com extensão cervical.
- (E) hiperplasia endocervical com atipia reacional.

21

Paciente de 37 anos, nuligesta, com queixa de infertilidade e ciclos menstruais regulares, foi submetida à biópsia endometrial na fase secretora. O exame em HE mostra glândulas tubulares, estroma com leve edema, sem identificação clara de plasmócitos. O patologista solicita imuno-histoquímica com CD138 e CD56.

Considerando a avaliação imuno-histoquímica, dos perfis elencados a seguir, assinale o que é mais compatível com endometrite crônica associada à infertilidade.

- (A) CD138 positivo em células estromais isoladas e CD56 positivo em grande número de células NK.
- (B) CD138 e CD56 negativos sugerem endométrio atrófico sem relevância clínica.
- (C) CD138 negativo e CD56 positivo em padrão difuso indicam fase lútea normal.
- (D) CD138 positivo em células plasmocitárias no estroma e CD56 positivo em células NK são compatíveis com endometrite crônica.
- (E) CD138 positivo nas glândulas e CD56 negativo excluem inflamação crônica.

22

Mulher de 33 anos, com ciclos menstruais regulares, foi submetida à biópsia endometrial por queixa de sangramento intermenstrual. Ao exame microscópico, observa-se endométrio com glândulas tortuosas e irregulares e ausência de vacúolos. O estroma é amplamente edemaciado, com células estromais volumosas, citoplasma eosinofílico e núcleos arredondados, sugerindo decidualização. Presença de arteríolas espiraladas distribuídas no estroma.

Com base nesses achados, a fase mais compatível do ciclo endometrial é o

- (A) endométrio secretor tardio.
- (B) endométrio proliferativo.
- (C) endométrio gestacional.
- (D) endométrio decidual.
- (E) endométrio secretor inicial.

23

Mulher de 61 anos apresenta aumento progressivo do volume abdominal. A ultrassonografia transvaginal revelou uma massa ovariana unilateral sólida, medindo 15 cm. Na macroscopia, a lesão apresentava áreas císticas. O exame microscópico demonstrou uma neoplasia epitelial que forma túbulos e papilas revestidas por uma única camada de células cuboidais, com núcleos grandes, hipercromáticos e nucléolos evidentes. O estudo imuno-histoquímico mostrou positividade para PAX8 e napsina A, e negatividade para WT1, receptores de estrogênio (RE) e progesterona (RP). P53 mostrou 10% de células positivas.

Considerando os achados morfológicos e imuno-histoquímicos, o diagnóstico mais provável é

- (A) carcinoma de células claras do ovário.
- (B) carcinoma mucinoso do ovário.
- (C) carcinoma endometriode.
- (D) carcinoma seroso de alto grau.
- (E) tumor de Brenner.

24

Sobre as neoplasias neuroendócrinas do pâncreas, assinale a afirmativa correta.

- (A) Apenas tumores com mais de 20 mitoses por 2 milímetros quadrados e índice de proliferação por Ki-67 acima de 20% simultaneamente são classificados como tumores neuroendócrinos bem diferenciados de grau 3.
- (B) Tumores bem diferenciados com índice de proliferação por Ki-67 superior a 20%, mesmo com menos de 20 mitoses por 2 milímetros quadrados, são classificados como tumores neuroendócrinos bem diferenciados de grau 3.
- (C) Os tumores neuroendócrinos bem diferenciados de grau 3 e os carcinomas neuroendócrinos mal diferenciados compartilham o mesmo comportamento biológico e esquema terapêutico.
- (D) A contagem de mitoses possui maior valor prognóstico do que o índice de proliferação por Ki-67 na gradação dos tumores neuroendócrinos do pâncreas.
- (E) O índice de proliferação por Ki-67 não é necessário para a classificação dos tumores neuroendócrinos pancreáticos.

25

Sobre os aspectos morfológicos e moleculares dos carcinomas colorretais associados à síndrome de Lynch, assinale a afirmativa correta.

- (A) Tumores da síndrome de Lynch tendem a ser mucinosos, pouco diferenciados e localizados no cólon direito.
- (B) Os carcinomas da síndrome de Lynch raramente apresentam infiltrado linfocitário intratumoral.
- (C) A maioria dos carcinomas colorretais da síndrome de Lynch ocorre no cólon distal.
- (D) Tumores da síndrome de Lynch tendem a ser mucinosos, pouco diferenciados e localizados no cólon direito.
- (E) O fenótipo CIMP está diretamente relacionado à síndrome de Lynch e ocorre por mutações germinativas em MLH1.

26

Uma criança de 18 meses apresenta leucocoria no olho esquerdo. A fundoscopia revela massa intraocular compatível com tumor retiniano, e a ressonância magnética não evidencia extensão extraocular. O olho afetado foi enucleado. O exame histopatológico revelou tumor neuroblástico com necrose extensa, rosetas de Flexner-Wintersteiner e invasão do nervo óptico posterior à lâmina cribiforme. A imunohistoquímica não evidenciou expressão da proteína pRB. O sequenciamento genético identificou mutação germinativa em um dos alelos do gene RB1.

Com base no caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) A mutação germinativa no gene RB1 caracteriza um caso esporádico de retinoblastoma unilateral e não indica risco aumentado de tumores bilaterais ou secundários.
- (B) A ausência de proteína pRB na imunohistoquímica indica amplificação do oncogene MYCN, um evento característico de retinoblastomas familiares.
- (C) A invasão retrolaminar do nervo óptico é um fator histopatológico de alto risco para metástase, sendo indicação de quimioterapia adjuvante.
- (D) O achado de rosetas de Flexner-Wintersteiner é indicativo de prognóstico reservado e maior risco de disseminação hematogênica.
- (E) A mutação germinativa em RB1 está restrita aos casos bilaterais e não está associada ao risco de outras neoplasias extraculares.

27

Paciente de 27 anos, com quadro de diarreia crônica sanguinolenta e dor abdominal, foi submetido a colonoscopia, que evidenciou inflamação da mucosa do reto e sigmoide, com áreas contínuas de ulceração. Biópsias foram enviadas para exame histopatológico.

Sobre as doenças inflamatórias intestinais, é correto afirmar que

- (A) a presença de granulomas não caseosos e inflamação transmural nas biópsias favorece o diagnóstico de retocolite ulcerativa.
- (B) a distribuição contínua das lesões, restrita à mucosa e submucosa, com envolvimento do reto, é mais compatível com doença de Crohn.
- (C) a identificação de abscessos crípticos e distorção arquitetural glandular são achados patognomônicos da retocolite ulcerativa.
- (D) a presença de granulomas epitelioides bem formados, associada a fissuras profundas e espessamento da muscular própria, é sugestiva de doença de Crohn.
- (E) a retocolite ulcerativa geralmente acomete o íleo terminal, com padrão de inflamação salteada e formação de pseudopólipos extensos.

28

Paciente de 34 anos, HIV positivo, sem uso de antirretrovirais, com cefaleia intensa. A ressonância magnética do cérebro revelou presença de duas lesões com realce nodular excêntrico pelo meio de contraste. Feito biópsia da lesão que mostrou acentuado infiltrado linfóide ao redor de vasos sanguíneos, necrose e estruturas de aspecto cístico contendo bradizoítos.

O diagnóstico é

- (A) glioblastoma.
- (B) critococose.
- (C) linfoma difuso de grandes células.
- (D) histoplasmose.
- (E) toxoplasmose.

29

Criança de 12 anos apresenta cefaleia e convulsão. A tomografia computadorizada cerebral mostrou formação expansiva, bem delimitada, localizada em cerebelo, hipodensa com realce periférico exercendo efeito compressivo sobre o quarto ventrículo.

A biópsia do tumor revelou células com núcleos redondos regulares, ausência de mitoses, fibras de Rosenthal e áreas mixoides com aspecto microcístico. A imuno-histoquímica mostrou-se positiva para GFAP, OLIGO2, SOX10 e S100.

O diagnóstico é

- (A) glioma difuso tipo pediátrico.
- (B) meduloblastoma.
- (C) oligodendroglioma.
- (D) neuroblastoma.
- (E) astrocitoma pilocítico.

30

Paciente masculino, de 34 anos de idade, HIV+ com uso irregular de antirretrovirais, queixou-se de dispneia e febre. O RX mostrou acometimento intersticial. Uma biópsia transbrônquica foi solicitada e teve a seguinte descrição pelo patologista: alvéolos preenchidos por material eosinofílico espumoso, discreta inflamação nos septos alveolares. A coloração pelo Ziehl-Neelsen foi negativa. A impregnação pela prata (grocot) mostrou cistos contendo trofozoítos.

O diagnóstico é

- (A) *Pneumocystis jirovecii* (carinii).
- (B) Esporotricose.
- (C) Histoplasmose.
- (D) Criptococose.
- (E) Paracoccidioidomicose.

31

Sobre os carcinomas pulmonares, assinale a afirmativa correta.

- (A) O tipo histológico mais comum é o carcinoma escamoso invasivo.
- (B) Em pequenas biopsias, podemos ter dificuldade em definir o tipo histológico, não sendo primordial o diagnóstico diferencial entre carcinoma escamoso e adenocarcinoma.
- (C) O estudo imuno-histoquímico com TTF1 e napsina A define o diagnóstico adenocarcinoma de pulmão na maioria dos casos.
- (D) As síndromes paraneoplásicas ocorre em cerca de 30% dos pacientes com câncer de pulmão e está relacionada ao tamanho do tumor.
- (E) O estudo complementar para definir a alteração “drive mutation” não tem importância no tratamento, pois a grande maioria dos adenocarcinomas pulmonares apresentam muitas mutações associadas.

32

Em relação à doença associada à IgG4, assinale a afirmativa correta.

- (A) A presença de plasmócitos IgG4 positivos é suficiente para o diagnóstico, mesmo na ausência de alterações histológicas estruturais.
- (B) A esclerose do tipo “storiforme”, a flebite obliterante e o infiltrado linfoplasmocitário denso são critérios histológicos característicos, mas todos devem estar obrigatoriamente presentes para confirmação diagnóstica.
- (C) A doença relacionada à IgG4 pode simular neoplasias malignas em órgãos como pâncreas e pulmão, porém a definição será feita pelos achados morfológicos e imuno-histoquímicos.
- (D) A ausência de elevação sérica de IgG4 exclui o diagnóstico, mesmo quando os achados morfológicos são típicos.
- (E) A proporção de plasmócitos IgG4/IgG total superior a 40% e mais de 10 plasmócitos IgG4+ por campo de grande aumento confirmam isoladamente o diagnóstico, mesmo sem achados morfológicos típicos.

33

Paciente masculino de 56 anos, com queixa de perda ponderal, epigastralgia e episódios de náusea. Endoscopia digestiva alta revela lesão infiltrativa em antro gástrico.

A biópsia gástrica mostra proliferação neoplásica maligna com células isoladas ou em pequenos cordões, com citoplasma claro e núcleos excêntricos. Há permeação da parede gástrica e presença de células em “anel de sinete”.

O estudo imuno-histoquímico evidencia perda da expressão de E-caderina na membrana celular das células neoplásicas.

Com base nesses achados, assinale a afirmativa correta.

- (A) Trata-se de adenocarcinoma gástrico tipo intestinal, frequentemente associado à infecção por *Helicobacter pylori* e metaplasia intestinal.
- (B) O padrão morfológico e a perda de E-caderina são característicos do adenocarcinoma gástrico tipo difuso de Lauren.
- (C) A presença de células em anel de sinete e a perda de E-caderina indicam provável origem metastática de carcinoma lobular de mama.
- (D) A expressão reduzida de E-caderina é esperada em todos os tipos de adenocarcinoma gástrico, sem implicação prognóstica.
- (E) O tipo histológico descrito apresenta bom prognóstico e raramente invade a parede gástrica.

34

A biópsia esofágica de um paciente de 30 anos com disfagia crônica mostra mucosa escamosa com acentuada espongirose, hiperplasia de células basais ocupando mais de 10% da espessura epitelial, presença de 20 eosinófilos por campo de grande aumento. Observa-se ainda edema e leve congestão vascular. Não há erosões evidentes nem ulceração da mucosa, e os achados se repetem em amostras do esôfago proximal, médio e distal.

Com base no quadro descrito, o diagnóstico histológico mais provável é

- (A) esofagite infecciosa por *Candida* Sp.
- (B) esofagite eosinofílica.
- (C) esofagite de refluxo.
- (D) esofagite cáustica crônica.
- (E) esofagite lúpica.

35

Sobre o osteossarcoma convencional (COS), assinale a afirmativa correta.

- (A) É uma neoplasia de baixo grau que acomete principalmente indivíduos entre 30 e 50 anos, com predileção pela diáfise dos ossos longos.
- (B) O diagnóstico de osteossarcoma depende exclusivamente da identificação de atipias citológicas e atividade mitótica, mesmo na ausência de produção de osso tumoral.
- (C) A variante de pequenas células (small cell osteosarcoma) não apresenta formação óssea e deve ser sempre diferenciada do sarcoma de Ewing.
- (D) O COS apresenta distribuição etária bimodal, com pico de incidência entre 14 e 18 anos e segundo pico em adultos acima de 40 anos, sendo o tumor ósseo maligno primário de alto grau mais comum.
- (E) Osteossarcomas são mais frequentes na epífise de ossos longos, principalmente no fêmur proximal e no rádio distal.

36

Homem de 42 anos apresenta fratura patológica do úmero, sem história de trauma. Radiografia simples evidencia lesão lítica única. Biópsia óssea mostra células mononucleares com núcleos regulares e citoplasma abundante. Imuno-histoquímica evidencia positividade para MUM1 e cadeia leve kappa, com negatividade para cadeia leve lambda. Não há proteinúria de Bence Jones, anemia ou lesões adicionais.

Com base nos achados clínico-patológicos e imunohistoquímicos, assinale a opção que melhor caracteriza o diagnóstico mais provável.

- (A) Mieloma múltiplo.
- (B) Metástase de carcinoma indiferenciado.
- (C) Leucemia plasmoblástica.
- (D) Plasmocitoma.
- (E) Linfoma linfoplasmocítico.

37

Paciente do sexo feminino, 45 anos, apresenta nódulo submucoso de crescimento lento na borda lateral da língua.

A biópsia revela proliferação de células grandes, com citoplasma eosinofílico, abundante e núcleos centrais pequenos. Não há atipias significativas nem mitoses. A coloração de PAS evidencia positividade citoplasmática. O estudo imuno-histoquímico mostra positividade para S-100 e CD68.

Nesse caso, o diagnóstico é

- (A) carcinoma escamoso bem diferenciado.
- (B) tumor miofibroblástico inflamatório.
- (C) tumor de células granulares.
- (D) rabiomioma adulto.
- (E) histiocitose de células de Langerhans.

38

Paciente com hipertensão arterial de longa data, obeso e tabagista. Necropsia mostrou coração com ventrículo esquerdo com parede de 3,0 cm de espessura, área brancacenta em parede de ventrículo direito, derrame pleural, ascite, fígado aumentado com aspecto de noz moscada.

Esses achados no coração e no fígado podem corresponder a

- (A) coração com miocardiopatia dilatada, fígado com congestão passiva crônica.
- (B) coração com hipertrofia ventricular, infarto recente e fígado com esteatose.
- (C) coração com infarto antigo do miocárdio, fígado com infarto recente.
- (D) coração com hipertrofia concêntrica de ventrículo esquerdo, fígado com hepatopatia crônica.
- (E) coração com hipertrofia de ventrículo esquerdo e infarto antigo do miocárdio, fígado com congestão passiva crônica.

39

Paciente de 56 anos, tabagista e etilista crônico, apresenta massa cervical e dor na garganta. A biópsia da tonsila palatina revelou carcinoma escamoso indiferenciado. A imuno-histoquímica mostrou positividade difusa para p16.

Considerando o diagnóstico de carcinoma orofaríngeo e a positividade para p16, assinale a opção que apresenta a principal importância clínica e prognóstica de distinguir entre tumores HPV-positivos e HPV-negativos.

- (A) HPV-negativo está associado a melhor resposta à radioterapia e menor risco de metástase à distância.
- (B) HPV-positivo apresenta melhor sobrevida global e tende a ocorrer em pacientes com forte história de tabagismo e alcoolismo.
- (C) HPV-positivo está associado a piores resultados terapêuticos e maior resistência à quimioterapia.
- (D) HPV-negativo é mais comum em jovens e geralmente associado a comportamento sexual de risco.
- (E) HPV-positivo está associado a melhor prognóstico, menor mortalidade e possibilidade de desintensificação terapêutica.

40

Paciente de 81 anos com ascite e derrame pleural. Ausência de investigação prévia. Queixa de dispneia. O líquido ascítico mostrou células dois tipos celulares; células com núcleos redondos ou ovais, citoplasmas abundantes; células soltas ou agrupadas, por vezes com padrão tridimensional com núcleos grandes irregulares, nucléolos grandes e citoplasmas vacuoladas. Hemácias também são observadas.

Com essa descrição citológica, assinale a resposta correta de acordo com o Sistema Internacional para reportar fluido seroso.

- (A) Categoria I- não diagnóstico.
- (B) Categoria II- negativo para malignidade.
- (C) Categoria III- Atipia de significado indeterminado.
- (D) Categoria IV- suspeito para malignidade.
- (E) Categoria V- maligno sugestivo de adenocarcinoma.

41

Paciente de 70 anos, com história de internação hospitalar por quadro de dispneia, tosse e febre de 39,2 °C havia 3 dias, foi a óbito e o exame de necropsia revelou pulmão esquerdo pesando 700 g, recoberto por pleura lisa, brilhante e transparente que deixava ver superfície parda com mosaico antracótico evidente. Afundou ao ser colocado na água, apresentava perda da crepitação habitual à palpação e aos cortes tinha aspecto hepatizado e coloração avermelhada.

O diagnóstico macroscópico do patologista foi

- (A) enfisema.
- (B) empiema.
- (C) pneumonia.
- (D) tuberculose.
- (E) edema pulmonar.

42

O tumor estromal gastrointestinal (GIST) é uma neoplasia mesenquimal de comportamento variável.

A respeito do GIST, é correto afirmar que

- (A) não acomete o esôfago, o cólon e o reto.
- (B) caracteriza-se por diferenciação muscular lisa.
- (C) seu prognóstico independe da localização anatômica.
- (D) a presença de ulceração é critério diagnóstico essencial.
- (E) há subtipo com deficiência em succinato desidrogenase.

43

A biópsia de pele de lesão úlcero-vegetante com 6 meses de evolução no joelho direito de um paciente de 70 anos, agricultor, revelou hiperplasia escamosa pseudoepiteliomatosa e processo inflamatório difuso crônico granulomatoso supurativo associado à presença de estruturas redondas com parede de coloração castanha e septação em dois planos facilmente vistas na coloração de rotina (pela Hematoxilina e Eosina).

O diagnóstico mais provável para o caso em questão é

- (A) criptococose.
- (B) cromomicose.
- (C) esporotricose.
- (D) feohifomicose.
- (E) paracoccidioidomicose.

44

Ao chegar para seu primeiro dia de trabalho, você foi avisado da solicitação de um exame de necropsia de um paciente da hematologia que tinha ido a óbito na enfermaria. Tratava-se de paciente de 35 anos, com história de leucemia mieloide aguda, transplantado, com doença do enxerto-versus-hospedeiro, febril e neutropênico.

Ao receber o prontuário, chamou sua atenção o relato de queda do leito, na enfermaria, horas antes do óbito. Segundo descrito, o paciente teria sido submetido a uma tomografia computadorizada de crânio após 40 minutos do evento, que não mostrou alterações. Porém, após algumas horas, evoluiu com amaurose bilateral, bradicardia e bradipneia que culminaram com o óbito.

Diante do exposto, você deve

- (A) encaminhar o corpo para serviço de verificação de óbito externo.
- (B) realizar o exame de necropsia, pois o paciente encontrava-se internado.
- (C) orientar que o corpo seja encaminhado para necropsia forense (médico-legal).
- (D) solicitar que o médico assistente preencha a declaração de óbito, pois não há necessidade de necropsia.
- (E) se certificar de que a queda foi testemunhada e não passou de um acidente, para poder seguir com a necropsia.

45

Paciente de 30 anos, sexo feminino, realizou ressecção de nódulo hepático. No pedido de exame histopatológico não havia relato de exames de imagem ou outros dados da história clínica. Ao exame macroscópico foi descrito segmento de tecido hepático medindo 4,0 X 4,0 X 3,0 cm, parcialmente recoberto por cápsula lisa, brilhante e transparente que deixava ver superfície pardacenta.

Aos cortes, foi visualizado nódulo medindo 2,5 cm no maior eixo, pardacento, circunscrito, com área central estrelada e esbranquiçada. Microscopicamente, foram observados hepatócitos sem atipias organizados em trabéculas com duas camadas de células, separados por septos de tecido conjuntivo que se originavam na cicatriz central. O tecido conjuntivo era permeado por artérias de parede espessa e exibia proliferação ductular.

Considerando os achados descritos, o diagnóstico mais provável para o nódulo é

- (A) hemangioma.
- (B) hepatocarcinoma.
- (C) adenoma hepático.
- (D) colangiocarcinoma.
- (E) hiperplasia nodular focal.

46

Durante a macroscopia de terça-feira foi notado pedido de exame de imunofluorescência direta acompanhado um frasco seco contendo apenas uma pequena elipse de pele amolecida em seu interior. O pedido estava datado do dia anterior. Foi feito contato imediato com o serviço requisitante para informar que o material havia sido encaminhado de modo inadequado para a realização do exame solicitado e garantir a confiabilidade no resultado encontrado.

O líquido mais apropriado para encaminhamento da amostra era

- (A) o álcool 70%.
- (B) a água corrente.
- (C) a água destilada.
- (D) o meio de Michel.
- (E) o formol tamponado a 10%.

47

Os carcinomas de células escamosas do colo uterino, segundo a OMS (2020), são classificados em associados ao Papilomavírus humano (HPV) ou HPV independentes. A pesquisa do HPV pode ser realizada por meio de teste molecular ou de sucedâneo aceitável como marcador de associação da neoplasia com o vírus.

Como os testes moleculares não estão amplamente disponíveis e ainda apresentam custo elevado, está indicada a realização de estudo imunohistoquímico nos casos de carcinomas de células escamosas do colo uterino para a pesquisa de

- (A) p53.
- (B) p16.
- (C) p63.
- (D) CK5.
- (E) p18.

48

Deu entrada na emergência paciente masculino de 55 anos, previamente hígido, com dor precordial em aperto, iniciada após esforço. Foi colhido sangue para exames laboratoriais e estava sendo realizado eletrocardiograma quando o paciente apresentou arritmia cardíaca seguida por parada cardíaca, após 40 minutos da admissão no hospital.

Apesar das manobras de ressuscitação cardiopulmonar, o paciente evoluiu para óbito. Foi realizada necropsia para confirmar a hipótese diagnóstica de infarto agudo do miocárdio.

O patologista deve esperar encontrar, no exame do coração,

- (A) área de perfuração associada ao hemopericárdio.
- (B) área branca correspondente à área de infarto recente.
- (C) miocárdio macroscopicamente e microscopicamente normal.
- (D) extensa área amolecida amarelo-acastanhada com borda hiperêmica.
- (E) área amolecida amarelo-acastanhada com bordas deprimidas vermelho-acastanhadas.

49

Paciente de 60 anos, com história de gastrite atrófica, realizou endoscopia digestiva alta e biópsia de lesão polipoide situada no corpo gástrico de 0,6 cm. O exame microscópico revelou proliferação monomórfica de células com citoplasma eosinofílico, núcleo pequeno e redondo com cromatina em “sal e pimenta”, constituindo pequenos grupamentos ou trabéculas no córion conjuntivo. Não foram vistas necrose ou figuras de mitose.

Considerando o diagnóstico mais provável, o painel para documentar a diferenciação e classificar a lesão deveria incluir

- (A) CD3, CD20, CD30 e Ki67.
- (B) CK7, CK20, CDX2 e MUC5AC.
- (C) MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2.
- (D) CK pool, vimentina, S100 e LCA.
- (E) CD56, cromogranina, sinaptofisina e Ki67.

50

Paciente do sexo feminino, 32 anos, queixa-se de nódulo com dois meses de evolução localizado na cicatriz da cesariana realizada há dois anos. Refere que a lesão se torna dolorosa e aumenta de volume durante o período menstrual. Ao exame foi observado nódulo fibroelástico medindo 1,0 cm, situado na região supra púbica sobre a cicatriz da cesárea. Optou-se por realizar biópsia excisional que revelou epiderme sem particularidades sobre derme que exibia área contendo estruturas glandulares revestidas por células colunares em meio a estroma fusocelular e hemorragia antiga.

Diante dos achados descritos acima, o diagnóstico da biópsia de pele foi

- (A) endometriose.
- (B) endossalpingiose.
- (C) sarcoma de Kaposi.
- (D) processo cicatricial dérmico.
- (E) metástase cutânea de adenocarcinoma.

51

Paciente de 18 anos com queixa de obstrução nasal e epistaxe, realizou ressonância nuclear magnética que revelou massa em formato de haltere centrada na placa cribiforme do etmoide. Foi feita biópsia, que revelou grupamentos de células pequenas redondas e azuis em meio a estroma conjuntivo vascularizado, pseudorosetas de Homer Wright e acúmulo de pigmento castanho. As células neoplásicas expressavam difusamente cromogranina, sinaptofisina e CD56, mas foram negativas para CD99, desmina e CD45, além de haver expressão de S100 em células na periferia dos grupamentos de células neoplásicas.

Considerando os achados descritos acima, o diagnóstico histopatológico emitido para o material da biópsia foi de

- (A) melanoma.
- (B) sarcoma de Ewing.
- (C) neuroblastoma olfatório.
- (D) rabdomiossarcoma embrionário.
- (E) linfoma anaplásico de grandes células.

52

Produto de mastectomia total foi recebido pelo laboratório de anatomia patológica 5 dias após a cirurgia, acondicionado de forma inadequada em frasco de soro fisiológico (pequeno para o volume da peça cirúrgica), contendo pequena quantidade de líquido fixador, que correspondia a menos da metade do volume da amostra encaminhada.

A amostra foi imediatamente retirada do frasco, medida, pesada, fatiada, transferida para recipiente adequado, com volume satisfatório de líquido fixador (formol tamponado a 10%). Após duas semanas, foi realizada a macroscopia. O patologista emitiu laudo histopatológico reportando o ocorrido e solicitou estudo imuno-histoquímico para a pesquisa de receptores hormonais e HER-2 que resultaram negativos.

Nesse caso, é correto afirmar que o resultado do estudo imuno-histoquímico da peça cirúrgica

- (A) é confiável, se os controles externos das reações forem positivos.
- (B) não sofre interferência do tempo de fixação, se for utilizado formol tamponado.
- (C) deve ser repetido pelo menos mais duas vezes, pela possibilidade de falha da reação.
- (D) pode ser negativo, pela demora até a fixação somada ao longo período no fixador.
- (E) pode ser confirmado, se o mesmo resultado for obtido em ao menos mais um fragmento do mesmo tumor.

53

Útero deformado pesando 700 g e medindo 20 x 15 x 6,0 cm, com relação corpo/colo de 5:1. É revestido por serosa lisa e brilhante que deixa ver superfície pardacenta com três áreas de abaulamento, medindo a maior 5,5 cm no maior eixo. Aos cortes, a cavidade endometrial é distorcida, revestida por endométrio pardo-rosado com 1 mm de espessura. Miométrio fasciculado, pardacento, contendo sete nódulos circunscritos, fasciculados, brancos e firmes, de localização intramural e subserosa, medindo o maior 5,5 x 5,0 x 4,0 cm.

O processo patológico básico e o diagnóstico mais provável as alterações descritas são, respectivamente,

- (A) necrose coagulativa e infarto.
- (B) inflamação aguda e peritonite.
- (C) neoplasia benigna e leiomioma.
- (D) neoplasia maligna e leiomiiossarcoma.
- (E) tumor e sarcoma do estroma endometrial.

54

A pele responde de modo limitado aos diversos processos que a envolvem e são conhecidos padrões de resposta inflamatória cutâneos, entre os quais as dermatites de interface.

São exemplos de desordens que podem ser incluídas no grupo das dermatites de interface

- (A) líquen nítido e psoríase.
- (B) desidrose e líquen plano.
- (C) pitiríase rósea e pitiríase liquenoide crônica.
- (D) lúpus eritematoso discoide e eritema multiforme.
- (E) líquen simples crônico e doença do enxerto-versus-hospedeiro.

55

Mulher de 40 anos apresentava nódulo encapsulado situado no lobo direito da tireoide, medindo 2,0 cm no maior eixo. O exame da peça cirúrgica revelou nódulo recoberto por cápsula espessa, constituído por células com núcleo aumentado de tamanho, ovalado, de contorno irregular, com pseudoinclusões e *grooves* intranucleares, dispostas em arranjo folicular, com foco de invasão vascular na cápsula da neoplasia e infiltração focal de parte da espessura da cápsula. Não foram vistas figuras de mitose ou necrose.

O diagnóstico mais provável nesse caso é

- (A) carcinoma folicular da tireoide.
- (B) carcinoma papilífero clássico da tireoide encapsulado.
- (C) carcinoma papilífero variante folicular encapsulado invasivo.
- (D) carcinoma não anaplásico derivado de células foliculares de alto grau.
- (E) neoplasia folicular não invasiva com características nucleares papilífero-símile.

56

Exame colpocitológico de uma paciente de 20 anos descreve amostra satisfatória com numerosas células escamosas volumosas com citoplasma de células superficiais ou intermediárias, núcleos aumentados de tamanho (com três vezes o tamanho do núcleo das células intermediárias), hiper cromáticos ou com cromatina uniformemente distribuída e nucléolo inconspícuo, além de membrana nuclear irregular, anisonucleose, algumas células binucleadas e coilocitose.

Esses achados sugerem o diagnóstico

- (A) lesão intraepitelial escamosa de alto grau.
- (B) lesão intraepitelial escamosa de baixo grau.
- (C) negativo para lesão intraepitelial ou malignidade.
- (D) células escamosas atípicas de significado indeterminado.
- (E) células escamosas atípicas, não se afasta lesão intraepitelial escamosa de alto grau.

57

Segundo a OMS (2021), os gliomas difusos do tipo adulto podem ser classificados em astrocitoma IDH mutante, oligodendroglioma IDH mutante 1p/19q codeletado e glioblastoma IDH selvagem.

Além da presença de glioma astrocítico difuso IDH selvagem e H3 selvagem, são critérios para o diagnóstico de glioblastoma IDH selvagem:

- (A) amplificação do gene EGFR e necrose.
- (B) celularidade aumentada e circunscrição.
- (C) genótipo +7/-10 e pleomorfismo celular.
- (D) atipia nuclear e mutação do promotor TERT.
- (E) elevada atividade mitótica e proliferação microvascular.

58

No seu primeiro dia de trabalho, você recebeu solicitação para liberar um caso urgente cuja macroscopia e clivagem foram realizados dias antes por um colega que estava de férias. Tratava-se de uma retossigmoidectomia por adenocarcinoma de reto médio.

A seguir está descrita a macroscopia e clivagem.

Produto de retossigmoidectomia enviado aberto, medindo 15 x 2,5 cm. É recoberto por serosa lisa e brilhante. Na mucosa do reto observa-se tumoração úlcero-vegetante, medindo 3 cm de extensão, circunferencial. Aos cortes é branca, firme e infiltra até o tecido adiposo do mesorreto. O restante da mucosa é parda e pregueada. A neoplasia dista 3 cm da margem cirúrgica distal e 9 cm da margem cirúrgica proximal. Do tecido adiposo pericólico foram isolados 15 linfonodos, o maior pardo, elástico, medindo 0,5 cm no maior eixo. Clivagem: cassete 1 a 4: tumor; cassete 5: intestino normal; cassete 6: margem proximal; cassete 7: margem distal; cassetes 8 a 10: linfonodos.

Após leitura cuidadosa dessa descrição, você deve

- (A) rever a peça em busca de um número maior e suficiente de linfonodos para o estadiamento.
- (B) liberar o caso após a realização da análise microscópica das lâminas e solicitar seu arquivamento.
- (C) solicitar a reserva para a descrição do mesorreto e a representação da margem cirúrgica radial.
- (D) fazer solicitação de estudo imuno-histoquímico para a pesquisa de micrometástases nos linfonodos.
- (E) solicitar três cortes seriados dos blocos correspondentes às margens cirúrgicas proximal e distal, protocolares.

59

O carcinoma de células renais tipo células claras é uma neoplasia maligna renal derivada das células epiteliais tubulares renais.

A respeito dessa neoplasia, é correto afirmar que

- (A) na maior parte dos casos são neoplasias multifocais e bilaterais.
- (B) o tamanho da neoplasia não influencia no seu estadiamento patológico.
- (C) a graduação histológica só deve ser realizada para neoplasias de mais de 10 cm.
- (D) tumores de alto grau podem apresentar características sarcomatoides e rabdoides.
- (E) sua ocorrência em pacientes jovens deve fazer pensar na sua associação com a síndrome de Brooke-Spiegler.

60

Masculino, 70 anos, com linfocitose e esplenomegalia assintomáticas. Não apresentava linfonodos palpáveis ao exame físico. Encaminhado para o hematologista que solicitou biópsia de medula óssea. O aspirado da medula óssea revelou linfócitos pequenos com cromatina grumosa, nucléolo indistinto, citoplasma escasso e levemente basofílico. A biópsia revelou infiltração intersticial por linfócitos pequenos positivos para CD20, CD5, CD23 e LEF1 e negativos para CD10, ciclina D1 e SOX11.

Diante do quadro exposto, o diagnóstico histopatológico mais acertado é

- (A) linfoma folicular.
- (B) linfoma da zona do manto.
- (C) leucemia linfocítica crônica.
- (D) leucemia/linfoma de células T do adulto.
- (E) leucemia linfoblástica aguda de células B.

61

Paciente vivendo com HIV, 35 anos, em tratamento irregular, apresenta máculas e nódulos de coloração violácea na face e nos membros inferiores, além de linfonodomegalia cervical bilateral. Foi realizada biópsia de uma mácula e ressecção de um linfonodo cervical de 0,5 cm.

O exame histopatológico da pele revelou canais vasculares irregulares delimitados por células alongadas, hemorragia recente e antiga e infiltrado linfoplasmocitário. O linfonodo cervical não apresentava alterações histopatológicas significativas na coloração de rotina.

Com o intuito de confirmar a principal hipótese diagnóstica, está indicada a solicitação de

- (A) Perl's na pele.
- (B) Fontana Masson na pele.
- (C) cortes seriados do linfonodo.
- (D) imuno-histoquímica para HHV8 na pele.
- (E) hibridização *in situ* para EBV no linfonodo.

62

Paciente com massa hepática e nódulo pulmonar realizou biópsia do pulmão. Foram recebidos vários fragmentos irregulares de tecido pardo-claro e elástico, medindo 1,0 x 0,8 x 0,4 cm em conjunto. Os cortes histológicos revelaram neoplasia maligna constituída por células com citoplasma eosinofílico e núcleo central, em arranjo sólido, com expressão citoplasmática de TTF1 e negatividade para Napsina A, CK5 e p63 em painel imuno-histoquímico inicial realizado.

Os achados descritos sugerem

- (A) neoplasia hepática metastática e ampliação do painel.
- (B) metástase de carcinoma tireoidiano pela expressão de TTF1.
- (C) adenocarcinoma pulmonar, apesar da negatividade para Napsina A.
- (D) carcinoma de células escamosas no pulmão pela negatividade para Napsina A.
- (E) carcinoma neuroendócrino de grandes células do pulmão e solicitação de marcadores neuroendócrinos.

63

Paciente de 6 anos, com dor abdominal, massa ovariana direita e LDH elevado. Foi realizada ooforectomia direita que revelou massa de 15 cm, sólida, lobulada e pardo-clara. Os cortes histológicos revelaram neoplasia constituída por células arredondadas, com citoplasma claro, núcleo central com nucléolo volumoso, dispostas em grupamentos delimitados por septos conjuntivos permeados por linfócitos. Estudo imuno-histoquímico revelou expressão de OCT4 e CD117 pelas células neoplásicas.

Os achados descritos sugerem o diagnóstico de

- (A) fibroma.
- (B) *struma ovarii*.
- (C) disgerminoma.
- (D) tumor de Brenner.
- (E) carcinoma embrionário.

64

O carcinoma endometriode do endométrio é neoplasia epitelial maligna uterina.

A respeito dessa neoplasia, é correto afirmar que

- (A) afeta preferencialmente mulheres com idade inferior a 30 anos.
- (B) o estadiamento da neoplasia é baseado no seu tamanho e na presença ou não de necrose.
- (C) carcinoma endometriode POLE ultramutado é um dos subtipos moleculares reconhecidos.
- (D) a graduação histológica é baseada no percentual de áreas sólidas com diferenciação escamosa.
- (E) não compartilha alterações moleculares com a hiperplasia endometrial atípica/neoplasia intraepitelial endometriode.

65

Paciente, com diarreia e perda de peso, realizou endoscopia digestiva alta que revelou placas esbranquiçadas na mucosa do duodeno. A biópsia endoscópica revelou ocupação da lâmina própria e distorção das vilosidades por histiócitos com citoplasma amplo e claro, fortemente positivos na coloração especial pelo ácido periódico de Schiff (PAS), ao lado de alguns neutrófilos e poucos espaços redondos vazios sugestivos de tecido gorduroso.

Diante dos achados descritos, deve ser aventado o diagnóstico de

- (A) tuberculose.
- (B) doença celíaca.
- (C) duodenite péptica.
- (D) xantoma duodenal.
- (E) doença de Whipple.

66

Paciente de 10 anos, com diarreia e perda de peso, realizou endoscopia digestiva alta e colonoscopia com biópsias para investigação. Após a liberação dos laudos das biópsias sem alterações significativas, o patologista foi procurado pelo pediatra responsável. A revisão das lâminas revelou, no duodeno, vilosidades preservadas, leve infiltrado linfo-plasmocitário no córion e estruturas em forma de "pêra" ou como "folhas caindo" que "flutuavam livremente" entre as vilosidades. As estruturas descritas tinham o tamanho aproximado do núcleo das células epiteliais, continham dois núcleos e coloração palidamente eosinofílica.

O diagnóstico do patologista durante a revisão foi de

- (A) giardíase.
- (B) amebíase.
- (C) espiroquetose.
- (D) microsporidiose.
- (E) criptosporidiose.

67

Paciente de 45 anos, com história de carcinoma mamário invasor diagnosticado há 6 meses, queixa-se de cefaleia, náuseas e vômitos há dois dias. Foi admitida na emergência com rebaixamento do nível de consciência.

O exame citológico do líquido revelou células grandes, arredondadas, com elevada relação núcleo/citoplasmática, núcleo redondo, nucléolo proeminente ou eventualmente com vacúolos intracitoplasmáticos. Essas células eram vistas isoladas, formavam pequenos grupamentos, cadeias ou anéis.

O resultado do exame citológico foi

- (A) positivo para malignidade, sugestivo de adenocarcinoma.
- (B) negativo para malignidade, compatível com criptococose.
- (C) positivo para malignidade, sugestivo de meduloblastoma.
- (D) positivo para malignidade, sugestivo de linfoma de grandes células.
- (E) negativo para malignidade, sugestivo de papiloma do plexo coroide.

68

Paciente masculino, 60 anos, tabagista, queixava-se de aumento do volume cervical. Ao exame físico apresentava apagamento do ângulo da mandíbula associado à presença de massa ovalada e circunscrita com 4 cm no maior eixo. Foi realizada parotidectomia que revelou lesão sólido-cística de coloração pardo-clara.

Os cortes histológicos mostraram proliferação epitelial em dupla camada que revestia cavidades ou papilas. A camada mais interna de células era colunar, com citoplasma amplo e intensamente eosinofílico e a camada mais externa cuboidal. O estroma conjuntivo associado exibia denso infiltrado linfocitário e folículos linfóides com centros germinativos evidentes.

O diagnóstico histopatológico mais provável diante do caso reportado é

- (A) cisto linfoepitelial.
- (B) tumor de Warthin.
- (C) sialoadenite crônica.
- (D) adenoma pleomórfico.
- (E) adenoma monomórfico.

69

Paciente de 25 anos apresenta lesão única na calota craniana, circunscrita e radiolúcida, com erosão da cortical óssea. Foi realizada biópsia que revelou infiltrado predominantemente constituído por células volumosas, com citoplasma eosinofílico e núcleo alongado com indentação, em meio a células inflamatórias incluindo numerosos eosinófilos. Foi realizado estudo imuno-histoquímico que revelou expressão de S100, CD1a e CD207 nas células descritas e negatividade para CD3, CD20, CD30 e CD138.

Diante do exposto, o diagnóstico foi de

- (A) plasmocitoma.
- (B) osteomielite crônica.
- (C) doença de Rosai-Dorfman.
- (D) histiocitose de células de Langerhans.
- (E) linfoma anaplásico de grandes células.

70

Paciente de 75 anos com lesão cutânea mal delimitada, com ninhos ovoides e telangiectasias à dermatoscopia, localizada na face, realizou biópsia excisional. Foi recebida pelo patologista elipse de pele sem lesão macroscopicamente evidente, a partir da qual foram realizados cortes sucessivos e paralelos.

Os cortes histológicos revelaram carcinoma basocelular superficial com margens cirúrgicas examinadas livres de neoplasia. Após um ano, durante o acompanhamento, foi notada área pigmentada adjacente à cicatriz. O dermatologista realizou biópsia incisional que revelou carcinoma basocelular.

O médico assistente foi buscar explicações e, você, então, informou corretamente que

- (A) não saberia explicar por que a neoplasia recidivou.
- (B) a suposta recidiva deve representar uma metástase em trânsito da neoplasia primária.
- (C) a multicentricidade intrínseca ao subtipo histológico superficial pode justificar as margens cirúrgicas iniciais livres.
- (D) a clivagem do material não foi adequada e as margens cirúrgicas iniciais foram insuficientemente representadas.
- (E) iria solicitar recortes para buscar infiltração perineural em filete nervoso espesso na hipoderme, que poderia justificar a recidiva.

71

O método ROSE (*Rapid On-Site Evaluation*) é procedimento reconhecido pela Sociedade Brasileira de Patologia.

A respeito desse método, é correto afirmar que

- (A) requer local equipado com criostato e histotécnico treinado.
- (B) pode otimizar a performance do procedimento de biópsia por agulha fina, reduzindo o custo.
- (C) costuma estender desnecessariamente a duração do procedimento.
- (D) não permite coleta de material para citometria de fluxo e cultura.
- (E) tem como objetivo a avaliação do volume em mililitros aspirado durante a punção aspirativa por agulha fina.

72

Doença inflamatória intestinal é desordem inflamatória crônica recidivante idiopática que inclui a doença de Crohn e a colite ulcerativa.

Em pacientes com colite ulcerativa com longo tempo de evolução, as biópsias endoscópicas podem ser úteis para

- (A) identificar fibrose.
- (B) investigar megacolon tóxico.
- (C) remoção dos pseudopólipos.
- (D) pesquisar a presença de displasia.
- (E) avaliar a extensão do processo inflamatório para a serosa.

73

Paciente de 40 anos relata que notou aumento de volume do ombro esquerdo ao longo do último ano. Foi realizado exame de imagem, que revelou lesão mal delimitada e heterogênea medindo 10 cm no maior eixo, situada nas partes moles da porção proximal do braço.

Foi realizada biópsia, que revelou neoplasia de células fusiformes e epitelioides com a formação de estruturas glandulares positiva para TLE1 e CD99, negativa para CD34, STAT6, SOX10, desmina. As células epitelioides foram difusamente positivas para CKpool e EMA.

O diagnóstico mais provável para a massa descrita é

- (A) leiomiossarcoma.
- (B) sarcoma sinovial.
- (C) tumor fibroso solitário.
- (D) adenocarcinoma metastático.
- (E) dermatofibrossarcoma protuberans.

74

Vesícula biliar enviada aberta, medindo 7,0 x 2,5 cm. É parcialmente recoberta por serosa lisa e brilhante que deixa ver superfície esverdeada. A mucosa é aveludada e esverdeada, com pontilhado amarelado de permeio. Aos cortes, a parede é pardo-clara, elástica e tem até 0,4 cm de espessura.

O diagnóstico macroscópico da peça cirúrgica descrita acima e seu achado microscópico correspondente são, respectivamente,

- (A) esteatose, tecido adiposo maduro no córion.
- (B) colesteatoma, cristais de colesterol avulsos no córion.
- (C) colelitíase, vacúolos claros no citoplasma das células epiteliais colunares.
- (D) colecistite crônica, infiltrado inflamatório mononuclear no córion.
- (E) colesterolose, macrófagos com citoplasma amplo e claro no córion.

75

Bethesda é um sistema utilizado para uniformizar a terminologia entre os laboratórios e orientar a elaboração dos laudos de amostras de citologia cérvico-vaginal.

Segundo a sua última versão (2014), é correto afirmar que

- (A) a amostra deve ser considerada adequada se células epiteliais anormais, escamosas ou glandulares, estiverem presentes.
- (B) é indicador de qualidade da amostra a presença de pelo menos uma célula endocervical ou metaplásica preservada.
- (C) a declaração da satisfatoriedade da amostra não é informação obrigatória no laudo de citologia cérvico-vaginal.
- (D) a celularidade para considerar uma amostra satisfatória é a mesma em amostras de mulheres pré-menopausa e pós-menopausa.
- (E) o tipo de espécimen não interfere no número de células escamosas bem visualizadas ou preservadas para considerar uma amostra satisfatória.

76

A patologia molecular está cada vez mais presente no dia a dia do patologista cirúrgico.

Assinale a opção que correlaciona de maneira adequada a alteração genética e a doença relacionada.

- (A) EML4-ALK e sarcoma de Ewing.
- (B) BCR-ABL1 e leucemia mieloide crônica.
- (C) IGH-BCL2 e adenocarcinoma pulmonar.
- (D) PAX-FOXO1 e carcinoma de células renais.
- (E) EWS-FLI1 e lipossarcoma desdiferenciado.

77

Paciente de 50 anos, com massa de 15 cm, profunda, na coxa direita, relata ter excisado lipoma nessa mesma localização anatômica no ano anterior. A tomografia computadorizada revelou massa de densidade de tecido adiposo com septos espessos realçados pelo meio de contraste. A lesão foi ressecada. Macroscopicamente era representada por nódulo encapsulado de tecido amarelado e lobulado. Aos cortes era amarelo, lobulado e untuoso, com delgados septos esbranquiçados de permeio e área focal amarelada e amolecida.

Ao exame microscópico foram vistos adipócitos maduros de tamanhos variados, septos de tecido conjuntivo contendo células fusiformes com núcleo hiper cromático, alguns lipoblastos e área de necrose. Estudo imuno-histoquímico revelou expressão de MDM2 e CDK4.

Diante dos achados descritos acima, o diagnóstico mais provável é

- (A) lipoma.
- (B) lipoblastoma.
- (C) tumor lipomatoso atípico.
- (D) lipossarcoma desdiferenciado.
- (E) tumor miofibroblástico inflamatório.

78

Pólipos sinonasais inflamatórios costumam ser representados macroscopicamente por estruturas polipoides com superfície lisa que, aos cortes, têm aparência quase translúcida e brilhante.

Os cortes histológicos mais frequentemente revelam

- (A) epitélio pavimentoso estratificado sobre estroma conjuntivo denso hialinizado e numerosos vasos capilares dispostos em lóbulos.
- (B) epitélio cilíndrico ciliado sobre eixo conjuntivo permeado por vasos de parede espessa, tecido adiposo e infiltrado rico em mastócitos.
- (C) epitélio respiratório revestindo eixo de tecido conjuntivo com edema exuberante e infiltrado inflamatório que inclui numerosos eosinófilos.
- (D) epitélio escamoso sobre estroma conjuntivo denso com abundante depósito de material amiloide.
- (E) epitélio respiratório recoberto estroma conjuntivo que contém feixes musculares lisos e infiltrado linfoplasmocitário.

79

Paciente de 45 anos realizou core biópsia da mama esquerda que revelou carcinoma mamário invasor grau histológico 2, moderadamente diferenciado, RE positivo, RP negativo, HER-2 positivo (3+) e ki67 positivo em cerca de 5% das células.

A classificação molecular mais adequada para a neoplasia em questão considerando as informações prestadas acima é

- (A) HER-2.
- (B) Luminal A.
- (C) luminal B.
- (D) mesenquimal.
- (E) triplo negativo.

80

A classificação de Haggitt é utilizada para adenocarcinomas incidindo em pólipos colônicos pediculados.

A respeito dessa classificação, é correto afirmar que

- (A) no nível 2 há invasão da submucosa com extensão ao pedículo do pólipo.
- (B) no nível 1 a invasão está limitada ao córion conjuntivo na cabeça do pólipo.
- (C) também se aplica aos adenocarcinomas incidindo em pólipos adenomatosos sesséis.
- (D) os níveis 1 a 4 apresentam risco de metástases linfonodais semelhantes, menor que 1%.
- (E) o nível 4 se refere à infiltração da submucosa da parede do intestino, além do pedículo do pólipo.

Realização

