

TIPO

1

Enare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ANO ADICIONAL

PATOLOGIA R4

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 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

Paciente feminina, 60 anos, apresenta pápulas vulvares simétricas, acrômicas, brilhantes e nacaradas. A biópsia de uma das lesões revelou epiderme adelgada com hiperqueratose, alteração vacuolar da camada basal, hialinização da derme alta e infiltrado inflamatório linfocitário constituindo “faixa” subjacente.

O seu diagnóstico diante do quadro histológico observado foi de

- (A) vitiligo.
- (B) líquen nítido.
- (C) líquen escleroso.
- (D) líquen simples crônico.
- (E) acromia pós inflamatória.

2

Você recebeu uma biópsia excisional com margens mínimas de lesão de 1,5 cm de diâmetro com três semanas de evolução, do dorso da mão de paciente masculino. O exame microscópico evidenciou lesão crateriforme preenchida por material córneo compacto com paraceratose e delimitada pela proliferação irregular de células escamosas atípicas com amplo citoplasma palidamente eosinofílico, núcleo volumoso e vesiculoso, com nucléolo evidente. Grupamentos circunscritos de células de aspecto semelhante eram vistas na derme. A proliferação epitelial descrita não ultrapassava o nível das glândulas sudoríparas e era circundada e permeada por infiltrado inflamatório que incluía neutrófilos e eosinófilos.

Diante do exposto, o laudo histopatológico foi de

- (A) verruga vulgar.
- (B) ceratoacantoma.
- (C) doença de Bowen.
- (D) dermatose perfurante.
- (E) carcinoma de células escamosas

3

As buloses crônicas incluem um grupo de entidades relacionadas à produção de autoanticorpos.

A doença bolhosa autoimune mais tipicamente se manifesta por bolhas tensas, grandes e generalizadas em pacientes idosos, representadas por clivagem subepidérmica associada à infiltrado inflamatório rico em eosinófilos, depósito linear de IgG e C3 ao longo da junção dermoepidérmica na imunofluorescência direta e reação positiva para colágeno IV no assoalho da bolha é a(o)

- (A) porfíria.
- (B) penfigoide bolhoso.
- (C) dermatite herpetiforme.
- (D) epidermolise bolhosa adquirida.
- (E) lúpus eritematoso sistêmico bolhoso.

4

Durante a revisão de um caso de necropsia hospitalar para preparar uma sessão anatomoclínica, o residente do primeiro ano trouxe a descrição dos achados mais revelantes para discutir. Tratava-se de paciente de 70 anos, obeso, hipertenso, com história de doença do refluxo gastroesofágico e adenocarcinoma de próstata metastático.

Chamaram a atenção o encéfalo reduzido de tamanho com acentuação dos sulcos e adelgaçamento dos giros, o coração um pouco aumentado, com a parede do ventrículo esquerdo medindo 3,5 cm de espessura e diminuição da cavidade ventricular esquerda, área rosada de 5 cm de extensão na mucosa esofágica inferior e massa pélvica irregular, endurecida e aderida, medindo 10 cm no maior eixo.

Diante do exposto, os processos patológicos básicos mais prováveis para as alterações descritas no encéfalo, coração, esôfago e pelve seriam, respectivamente,

- (A) hipertrofia, hiperplasia, atrofia e displasia.
- (B) aplasia, hipoplasia, congestão e tumefação.
- (C) edema, hipertrofia, displasia e neoplasia benigna.
- (D) atrofia, hipertrofia, metaplasia e neoplasia maligna.
- (E) hiperplasia, hipotrofia, neoplasia benigna e maligna.

5

Menina de 4 anos de idade com queixa de massa abdominal à esquerda foi internada para investigação. A ressonância nuclear magnética revelou lesão renal lobulada de 20 cm isointensa ao córtex renal. O produto da nefrectomia esquerda revelou lesão lobulada, acinzentada e friável, medindo 18 cm, restrita ao rim.

Ao exame microscópico foi observada neoplasia constituída por células epiteliais que formavam pequenos túbulos maduros e papilas (positivas para citoqueratina “pool”, EMA e CD56) além de nódulos representados por células indiferenciadas pequenas a médias, com núcleo regular contendo pequeno nucléolo (positivas para WT1, PAX8 e vimentina). De permeio notava-se tecido conjuntivo hipocelular e pequena quantidade de tecido adiposo.

Diante dos achados descritos o patologista concluiu tratar-se de:

- (A) nefroblastoma.
- (B) sarcoma de Ewing.
- (C) adenoma metanéfrico.
- (D) nefroma mesoblástico.
- (E) nefroma cístico pediátrico.

6

Quando chegou ao hospital, você foi informado de que havia o corpo de um natimorto aguardando exame de necropsia. Durante a revisão do prontuário, chamou a sua atenção o dado de que a mãe tinha história familiar e pessoal de esclerose tuberosa.

Ao exame necroscópico do coração foram vistos três nódulos circunscritos não encapsulados branco amarelados, dois deles intramurais e um, maior, pedunculado, localizado na cavidade ventricular esquerda. O exame microscópico da lesão maior revelou miócitos grandes com sarcoplasma claro vacuolado, alguns com aspecto típico de “célula aranha”. A coloração pelo PAS revelou abundante acúmulo intracelular de material PAS positivo diástase sensível.

Diante dos achados descritos, seu diagnóstico para a lesão representada foi de

- (A) mixoma cardíaco.
- (B) fibroma cardíaco.
- (C) doença de Gaucher.
- (D) amiloidose cardíaca.
- (E) rabiomioma cardíaco.

7

Um colega pediu sua opinião em uma revisão de lâminas de um gânglio linfático que teria recebido um laudo de linfadenite crônica granulomatosa. Tratava-se de paciente com 20 anos de idade, história de febre, sudorese noturna, perda de peso e linfonodomegalia cervical e supraclavicular esquerdas há 8 meses. O exame microscópico do linfonodo excisado revelava obscurecimento da arquitetura normal notando-se numerosos linfócitos pequenos, plasmócitos, eosinófilos e histiócitos abundantes que por vezes exibiam morfologia epitelióide e constituíam granulomas. De permeio, eram vistas ocasionais células grandes, binucleadas ou multinucleadas com núcleo volumoso e nucléolo eosinofílico central. O estudo imunohistoquímico solicitado pelo colega revelou CD68 positivo nos histiócitos; CD3 e CD20 negativos nas células grandes e positivos nos linfócitos pequenos do fundo; CD15, CD30, PAX5 e EBV positivos nas células grandes.

Diante do quadro clínico reportado e dos achados observados, você diria ao seu colega que o diagnóstico mais provável é de

- (A) tuberculose ganglionar.
- (B) linfoma de Hodgkin clássico.
- (C) linfoma anaplásico de grandes células.
- (D) linfoma de células B nodular com predomínio linfocitário.
- (E) linfoma de grandes células B rico em células T e histiócitos.

8

Paciente de 68 anos de idade, masculino, com linfonodomegalia generalizada e esplenomegalia, realizou exérese de linfonodo cervical de 3,0 cm que foi encaminhado para exame histopatológico. O exame microscópico revelou substituição da arquitetura habitual por infiltrado difuso constituído por células pequenas a médias com citoplasma escasso, núcleo de contorno discretamente irregular, cromatina irregularmente dispersa e nucléolo pouco evidente. Estudo imuno-histoquímico revelou expressão difusa de CD20, CD5, SOX11 e Ciclina D1.

Considerando o diagnóstico mais provável, a alteração molecular esperada cuja pesquisa pode auxiliar o diagnóstico é:

- (A) t(2;5).
- (B) t(8;14).
- (C) t(11;14).
- (D) t(14;18).
- (E) t(11;18).

9

Paciente de 5 anos com anemia, plaquetopenia, leucocitose com neutropenia, linfonodomegalia e hepatoesplenomegalia, interna para investigação pela hematologia. Foram realizados aspirado (seco) e biópsia de medula óssea. A citometria de fluxo do sangue periférico indicou o diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda de células B.

O exame microscópico da medula óssea revelou amostra representada por quinze espaços intertrabeculares, celularidade de 100%, hipoplasia das três séries hematopoiéticas e ocupação por lençóis de células com citoplasma escasso, núcleo arredondado, por vezes indentado, cromatina fina e nucléolo apenas ocasionalmente visível.

A seguinte combinação de anticorpos melhor se adequaria ao objetivo de confirmar o diagnóstico:

- (A) TdT, CD10 e CD117.
- (B) CD34, TdT e PAX5.
- (C) CD3, CD1a e CD99.
- (D) mieloperoxidase, CD34 e lisozima.
- (E) glicoforina A, mieloperoxidase e CD61.

10

Segundo a IARC-WHO (2024) o linfoma anaplásico de grandes células associado a implante mamário é considerado uma entidade independente, com patogênese distinta, que faz parte do grupo de linfomas anaplásicos de grandes células.

A respeito do linfoma anaplásico de grandes células associado a implante mamário, é correto afirmar que

- (A) a maior parte dos casos acomete ambas as mamas.
- (B) o exame citológico da efusão permite o diagnóstico.
- (C) mais comumente forma volumosa massa infiltrativa.
- (D) as células neoplásicas são classicamente ALK positivas.
- (E) costuma ocorrer até 1 ano após a colocação do implante.

11

Uma paciente chega ao laboratório portando uma solicitação médica para retirada de lâminas/blocos referentes à exame histopatológico realizado há 12 anos. O funcionário novo, aflito, pede seu auxílio porque procurou o material no arquivo, mas não encontrou nenhuma amostra com tempo de guarda superior a 10 anos. A secretária pede sua ajuda para conversar com a paciente.

Considerando que o laboratório segue a regulamentação do Conselho Federal de Medicina e o manual de boas práticas da Sociedade Brasileira de Patologia você diria à paciente que

- (A) o laboratório não é responsável pelo arquivamento das amostras dos pacientes.
- (B) o material solicitado está indisponível porque foi descartado após arquivamento por no mínimo 5/10 anos.
- (C) as amostras estão indisponíveis porque são rotineiramente descartadas 3 meses após a emissão dos laudos.
- (D) não sabe o que ocorreu porque as amostras deveriam permanecer arquivadas por pelo menos 20 anos.
- (E) o material deve estar no arquivo morto já que lâminas e blocos devem ser permanentemente arquivados.

12

Uma dermatologia telefona para discutir um caso referindo ter recebido um laudo inconclusivo. Tratava-se de uma biópsia de pele que representava até a derme reticular alta, cuja hipótese diagnóstica era líquen estriado. A conclusão do laudo histopatológico foi padrão liquenoide focal de resposta tecidual.

Diante do exposto, você explicaria que a hipótese diagnóstica de líquen estriado

- (A) foi confirmada pela presença de padrão liquenoide focal, que é patognomônico.
- (B) pode ser afastada pelo padrão de resposta tecidual reportado no laudo.
- (C) é pouco provável pela ausência de paraceratose e espongiose associadas.
- (D) é possível, mas a amostra superficial prejudica a identificação do infiltrado periécrino, achado mais específico.
- (E) é muito pouco provável porque os achados deveriam ser mais extensos, com infiltrado rico em eosinófilos.

13

Necrose e apoptose os dois principais tipos de morte celular.

A respeito da morte celular por apoptose, é correto afirmar que

- (A) está associada com a ativação de caspases.
- (B) é processo que independe de adenosina trifosfato.
- (C) sua ocorrência restringe-se a processos fisiológicos.
- (D) resulta em processo inflamatório crônico inespecífico.
- (E) caracteriza-se por perda da integridade das membranas.

14

Paciente de 30 anos com atraso menstrual, sangramento vaginal e beta-HCG elevado, realizou ultrassonografia transvaginal, que revelou útero aumentado contendo massa hiperecogênica permeada por múltiplos pequenos cistos, sem evidência de embrião/feto. Foi realizada curetagem, que mostrou vilosidades polipoides ou bulbosas com estroma mixoide hiper celular, cariorrexia proeminente e hiperplasia trofoblástica importante. Não foram identificados tecidos fetais ou hemácias nucleadas. Estudo imunohistoquímico revelou p57 negativo no núcleo dos citotrofoblastos e das células estromais vilositárias.

Os achados descritos permitem o diagnóstico de

- (A) mola hidatiforme parcial.
- (B) mola hidatiforme completa.
- (C) coriocarcinoma gestacional.
- (D) tumor trofoblástico epitelióide.
- (E) abortamento gestacional com retenção.

15

Paciente de 60 anos foi submetida a histerectomia radical com salpingooforectomia bilateral após o diagnóstico, por biópsia, de carcinoma de células escamosas invasivo do colo uterino associado ao HPV. O residente de anatomia patológica realizou a macroscopia da peça cirúrgica e não reportou nenhuma alteração significativa. Foram representados: 1 fragmento da margem da parede vaginal, 1 fragmento do lábio anterior e 1 fragmento do lábio posterior do colo uterino, 1 fragmento do endométrio, 1 fragmento que incluía miométrio e serosa, 1 fragmento do ovário esquerdo, 1 fragmento do ovário direito, 3 fragmentos da trompa uterina esquerda e 3 fragmentos da trompa uterina direita.

Antes mesmo de ver o caso, você diz ao residente que será necessário separar a peça para reclivagem porque

- (A) é necessária uma maior amostragem do endométrio e do miométrio.
- (B) o protocolo é representar quatro fragmentos do colo uterino para afastar neoplasia.
- (C) há necessidade de representar na íntegra o epitélio vaginal para afastar metástase.
- (D) faltou incluir todo o colo uterino com a margem radial e os paramétrios, se presentes.
- (E) deveriam ter sido representados fragmentos dos óstios tubários esquerdo e direito.

16

Paciente de 45 anos com menometrorragia há 6 meses fez ultrassonografia de abdome que revelou cavidade endometrial irregular e endométrio espesso. A biópsia revelou neoplasia maligna epitelial com diferenciação endometrióide, composta por células colunares com pseudoestratificação nuclear e citoplasma eosinofílico, atipia citológica leve, arquitetura glandular em cerca de 30% da amostra, 60% de áreas sólidas de diferenciação escamosa e 10% de áreas sólidas sem diferenciação escamosa.

Segundo o sistema de gradação da FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) em 3 graus, é correto afirmar que o carcinoma endometrióide descrito é

- (A) grau 2, pela presença de mais de 20% de diferenciação glandular.
- (B) grau 1, pela presença de até 15% de áreas sólidas sem diferenciação escamosa.
- (C) grau 3, pela presença de 70% de áreas sólidas com ou sem diferenciação escamosa.
- (D) grau 2, porque as áreas sólidas sem diferenciação escamosa representam 6-50% da amostra.
- (E) grau 3, porque os carcinomas endometrioides, como os serosos, são considerados de alto grau.

17

O acúmulo de substâncias/pigmentos nos tecidos pode ocorrer por diversas causas e causar ou não injúria.

É exemplo de acúmulo de substância extracelular endógena:

- (A) xantoma.
- (B) tatuagem.
- (C) esteatose.
- (D) antracose.
- (E) amiloidose.

18

Fenômenos vasculares e celulares são fundamentais para o desenvolvimento de uma resposta inflamatória. Nesse contexto, o recrutamento leucocitário para o local da inflamação é processo que consiste em múltiplas etapas sequenciais mediadas e controladas por moléculas de adesão e quimiocinas: marginação, rolamento, adesão ao endotélio e migração.

As moléculas expressas nas células endoteliais e leucócitos que desempenham papel principal durante o rolamento são denominadas

- (A) ICAM.
- (B) PECAM.
- (C) integrinas.
- (D) selectinas.
- (E) proteoglicanos.

19

Paciente de 19 anos com linfonodomegalia cervical, febre, sudorese noturna e perda de peso há 1 ano. Foi realizada biópsia excisional de um linfonodo cervical à esquerda de 3,0 cm. A amostra foi encaminhada para o laboratório de anatomia patológica com a hipótese diagnóstica clínica única de linfoma. O exame macroscópico revelou nódulo encapsulado de tecido pardo e firme-elástico que aos cortes apresentava aspecto multinodular com áreas esbranquiçadas e friáveis. Microscopicamente a arquitetura do linfonodo estava alterada à custa de volumosos agregados confluentes de células epitelioides por vezes constituindo paliçada ao redor de áreas amorfas eosinofílicas grumosas frequentemente contendo restos celulares. Notavam-se também algumas células gigantes multinucleadas. Na periferia eram vistos linfócitos pequenos, com algumas células grandes de permeio.

O processo patológico básico e o diagnóstico que melhor se correlacionam com esse caso são, respectivamente,

- (A) hiperplasia e doença de Rosai-Dorfman.
- (B) inflamação aguda e doença de Kikuchi-Fujimoto.
- (C) inflamação crônica granulomatosa e tuberculose.
- (D) neoplasia maligna e linfoma anaplásico de grandes células.
- (E) inflamação crônica inespecífica e mononucleose infecciosa.

20

As células necróticas exibem acentuação da eosinofilia citoplasmática e alterações nucleares. O reconhecimento das alterações morfológicas é muito importante para o entendimento do processo patológico observado.

Assinale a opção que descreve sequencialmente as alterações morfológicas nucleares das células necróticas.

- (A) cariorrexe, cariólise e picnose.
- (B) cariorrexe, picnose e cariólise.
- (C) cariólise, cariorrexe e picnose.
- (D) picnose, cariorrexe e cariólise.
- (E) picnose, cariólise e cariorrexe.

21

No hospital universitário onde você trabalha tem um museu no qual são guardadas peças anatômicas de casos interessantes. Um aluno que saía de lá pediu que você o auxiliasse com uma das peças que, segundo ele, teria sido guardada na caixa errada.

Era um pâncreas que exibia, em sua superfície, áreas esbranquiçadas e arredondadas, circunscritos, de mais ou menos 0,5 cm, algumas com consistência pétrea, semelhantes a “pingos de vela”.

O quadro morfológico descrito sugere, como processo patológico básico,

- (A) infarto branco.
- (B) esteatonecrose.
- (C) necrose caseosa.
- (D) inflamação crônica.
- (E) neoplasia metastática.

22

A manobra conhecida na medicina legal como docimasia hidrostática pulmonar de Galeno pode ser utilizada para

- (A) fazer o diagnóstico de morte por asfixia.
- (B) diferenciar enfisema pulmonar de DPOC.
- (C) descobrir se o recém-nascido é natimorto.
- (D) identificar uma área de infarto pulmonar pequena.
- (E) estabelecer se houve tromboembolismo pulmonar.

23

Paciente de 40 anos, com história de carcinoma mamário invasivo tipo não especial da mama esquerda, apresenta nódulo circunscrito de 2,0 cm na mama direita, BI-RADS 4 na mamografia. Optou-se por realizar biópsia excisional que revelou nódulo circunscrito, bocelado e esbranquiçado. O exame microscópico mostrou neoplasia constituída por tecido conjuntivo hipocelular contendo células fusiformes em meio ao qual eram vistas longas fendas revestidas por epitélio colunar circundado por camada de células mioepiteliais. Em dois dos fragmentos examinados notavam-se áreas nodulares com maior densidade de elementos glandulares distorcidos revestidos por duas camadas de células e circundados por estroma conjuntivo esclerótico.

O diagnóstico mais provável para o quadro descrito é:

- (A) adenoma tubular.
- (B) fibroadenoma juvenil.
- (C) fibroadenoma complexo.
- (D) fibroadenoma tipo adulto.
- (E) carcinoma em fibroadenoma.

24

Suponha o diagnóstico de um carcinoma mamário invasivo tipo não especial (ductal) de 1,5 cm de diâmetro, com diferenciação glandular/tubular em 70% da área tumoral, núcleos com tamanho semelhante ao núcleo das células epiteliais benignas, padrão de cromatina uniforme, sem nucléolo visível e índice mitótico de 4 (figuras de mitose em 10 campos de grande aumento).

Segundo o escore histológico combinado de Nottingham, a neoplasia descrita teria grau

- (A) 1.
- (B) 2.
- (C) 3.
- (D) 4.
- (E) não avaliável.

25

Paciente com síndrome da imunodeficiência adquirida, dor epigástrica, odinofagia e disfagia, realizou endoscopia digestiva alta que revelou úlceras variando de rasas a profundas, em saca-bocado e serpinginosas no esôfago. As biópsias revelaram esofagite ulcerada e células estromais e intersticiais aumentadas de tamanho, com citoplasma basofílico e núcleo em “olho de coruja”, com inclusão intranuclear eosinofílica, halo claro periférico e marginação da cromatina.

Os achados descritos sugerem o diagnóstico de esofagite por

- (A) vírus herpes.
- (B) poliomavírus.
- (C) citomegalovírus.
- (D) Epstein-Barr vírus.
- (E) vírus varicela zoster.

26

A esofagite eosinofílica é suspeita frequente em biópsias de esôfago e os achados microscópicos que a caracterizam estão bem estabelecidos.

Em um contexto clínico apropriado, é critério diagnóstico microscópico maior para esofagite eosinofílica:

- (A) fibrose da lâmina própria.
- (B) concentração superficial de eosinófilos.
- (C) microabscesso / degranulação de eosinófilos.
- (D) hiperplasia da camada basal com hiperplasia papilar.
- (E) 15 ou mais eosinófilos por campo de grande aumento.

27

Conhecer a classificação macroscópica das neoplasias gástricas é importante para compreender a descrição endoscópica das lesões, bem como para aplicar na descrição das peças cirúrgicas provenientes de gastrectomias por adenocarcinomas gástricos.

A classificação de Paris é utilizada para a descrição macroscópica dos adenocarcinomas precoces do estômago.

Durante o exame macroscópico de um estômago você notou na mucosa uma área de 1,5 cm, coloração parda, plana deprimida com ulceração central de 0,5 cm.

Segundo a classificação mencionada, a lesão descrita poderia ser designada como

- (A) 0-III.
- (B) 0-IIc.
- (C) 0-Id+IIc.
- (D) 0-IIc+III.
- (E) 0-IIb+III.

28

Paciente masculino com 50 anos história de síndrome disabsortiva, perda de peso, diarreia e dor abdominal, internou para investigação diagnóstica. Durante a internação foi realizado exame de imagem que evidenciou linfonodomegalia mesentérica e espessamento das pregas da mucosa do intestino delgado. As biópsias da mucosa duodenal evidenciaram infiltrado difuso de macrófagos espumosos que ocupavam a lâmina própria e distendiam as vilosidades, ao lado de vacúolos lipídicos e infiltrado inflamatório mononuclear, com a formação de granulomas epitelioides. Os enterócitos exibiam vacuolização citoplasmática.

Para confirmar a sua principal hipótese diagnóstica, por meio da visualização de positividade granular no citoplasma dos macrófagos descritos, estaria indicada a realização da coloração especial por

- (A) PAS.
- (B) giemsa.
- (C) von Kossa.
- (D) Fite -Faraco.
- (E) prata metenamina de Grocott-Gomori.

29

Paciente masculino de 55 anos com queixa de dor abdominal e suspeita de apendicite aguda é internado e submetido à laparotomia exploradora de urgência. O cirurgião observou apenas o apêndice aumentado de volume, realizou a apendicectomia e encaminhou para exame histopatológico.

O apêndice apresentava-se macroscopicamente aumentado de tamanho, dilatado, com sua parede adelgada. Microscopicamente, o órgão era revestido por epitélio com arquitetura vilosa ou filiforme, composto por células colunares com vacúolos de mucina altos e núcleo pequeno rechaçado. A proliferação epitelial apresentava crescimento expansivo, com mucina extracelular, fibrose e hialinização da parede. Não havia tecido linfóide evidente. De modo bastante focal, a mucina extracelular alcançava a serosa do órgão.

Os achados descritos sugerem o diagnóstico de

- (A) pólipos serrilhados do apêndice.
- (B) doença diverticular do apêndice.
- (C) adenocarcinoma mucinoso do apêndice.
- (D) neoplasia mucinosa de alto grau do apêndice.
- (E) neoplasia mucinosa de baixo grau do apêndice.

30

O exame citológico de punção aspirativa por agulha fina de lesão pancreática sólida no interior de ductos dilatados revelou células com citoplasma granular eosinofílico abundante, membrana citoplasmática bem definida, núcleo grande central com nucléolo excêntrico proeminente, constituindo lençóis ou papilas. Notavam-se ainda espaços intercelulares e pequena quantidade de mucina.

Diante desses achados, o diagnóstico mais provável é

- (A) neoplasia cística mucinosa pancreática.
- (B) neoplasia pseudopapilífera sólida do pâncreas.
- (C) neoplasia tubulopapilífera intraductal pancreática.
- (D) neoplasia mucinosa papilífera intraductal pancreática.
- (E) neoplasia papilífera oncocítica intraductal pancreática.

31

A respeito dos tumores estromais gastrointestinais, é correto afirmar que

- (A) são definidos por massas intramurais.
- (B) sua localização mais comum é o esôfago.
- (C) particularizam-se pela diferenciação muscular lisa.
- (D) são neoplasias mesenquimais malignas agressivas.
- (E) a maioria tem mutações nos oncogenes KIT ou PDGFRA.

32

O xantastrocitoma pleomórfico é uma neoplasia astrocitária constituída por células pleomórficas, incluindo células grandes multinucleadas, células fusiformes, células xantomatosas e corpúsculos granulares eosinofílicos.

Segundo a classificação dos tumores do sistema nervoso central da Organização Mundial da Saúde (2021), são genes envolvidos na patogênese do xantastrocitoma pleomórfico cujas alterações estão descritas como critérios desejáveis para o diagnóstico:

- (A) IDH e MYB.
- (B) Bcl2 e RAS.
- (C) MN1 e YAP1.
- (D) H3k27 e MAPK.
- (E) BRAF e CDKN2A.

33

Paciente de 13 anos com epilepsia parcial de difícil controle e cefaleia. A ressonância nuclear magnética revelou massa circunscrita localizada no córtex temporal cerebral, sem realce pelo meio de contraste e hiperintensa no FLAIR. A biópsia mostrou proliferação de células fusiformes bipolares com núcleo alongado e cromatina granular, dispostas radialmente ao redor de vasos em padrão tipo roseta. O estudo imunohistoquímico mostrou positividade para GFAP, EMA focal em ponto citoplasmático, OLIG2 negativo e Ki-67 positivo em menos de 1% das células.

Diante dos achados reportados, o diagnóstico mais adequado para o caso seria:

- (A) meduloblastoma.
- (B) hemangioblastoma.
- (C) meningioma fibroso.
- (D) glioma angiocêntrico.
- (E) tumor glioneuronal formador de rosetas.

34

Paciente de 30 anos com lesão nodular na linha média do pescoço realizou ultrassonografia que revelou lesão arredondada cística localizada abaixo do osso hioide. O produto de ressecção da lesão era representado por nódulo de 3 cm de diâmetro que aos cortes revelava-se cístico, uniloculado, contendo líquido claro. O exame microscópico demonstrou cavidade cística revestida por epitélio ora cilíndrico ciliado, ora pavimentoso estratificado, circundada por estroma conjuntivo com fibrose, reação gigantocitária do tipo corpo estranho, fendas de colesterol e contendo focalmente epitélio folicular tireoidiano constituindo folículos.

O diagnóstico histopatológico da lesão foi

- (A) cisto dermoide.
- (B) esteatocistoma.
- (C) cisto broncogênico.
- (D) cisto do ducto tireoglossal.
- (E) cisto de inclusão epidérmica.

35

O carcinoma de células de Merkel é um carcinoma neuroendócrino primário cutâneo de alto grau segundo a classificação de tumores endócrinos e neuroendócrinos da Organização Mundial da Saúde (2025).

A respeito do carcinoma de células de Merkel, é correto afirmar que

- (A) sua patogênese está relacionada à infecção pelo EBV.
- (B) o marcador mais específico para o diagnóstico é o CK7.
- (C) é mais comum em áreas fotoprotetidas como o tronco.
- (D) a positividade das células neoplásicas para PAX5 é comum.
- (E) a maioria associa-se à carcinoma de células escamosas invasivo.

36

Paciente de feminina de 50 anos com cefaleia, palpitações, diaforese e lesão adrenal de 4 cm com hiperintensidade de sinal extremamente brilhante nas sequências ponderadas em T2 (sinal da lâmpada), foi submetida a ressecção cirúrgica da lesão. O exame microscópico demonstrou células semelhantes às células cromafins, com citoplasma basofílico granular e núcleo vesiculoso, por vezes atípico. As células descritas estavam dispostas em ninhos separados por capilares periféricos (padrão Zellballen). O estudo imuno-histoquímico revelou positividade das células tumorais para GATA3, TH, cromogranina A e sinaptofisina e das células sustentaculares para S100 e SOX10.

Diante dos achados descritos, o diagnóstico mais provável é

- (A) neuroblastoma.
- (B) ganglioneuroma.
- (C) feocromocitoma.
- (D) tumor adenomatoide.
- (E) adenoma cortical adrenal.

37

Paciente de 55 anos diagnosticou massa renal ao realizar ressonância nuclear magnética para investigação inicial de dor lombar crônica. Foi indicada ressecção.

O exame macroscópico revelou lesão circunscrita não encapsulada de 8 cm e coloração pardo-clara, com cicatriz central e focos de hemorragia. Ao exame microscópico, foi vista lesão composta por lençóis sólidos de células com citoplasma claro, membrana celular evidente, núcleo hiper cromático irregular e halo claro perinuclear, separados por septos vasculares hialinizados. Células com citoplasma densamente eosinofílico e granular eram também observadas. Diante da principal hipótese diagnóstica de carcinoma de células renais cromóforo, seria interessante demonstrar, nesse caso, grupos de células positivas para

- (A) CK7.
- (B) CAIX.
- (C) CD10.
- (D) CK20.
- (E) vimentina.

38

A doença de Hirschsprung é desordem congênita comum que resulta na perda do movimento propulsivo coordenado na porção distal do intestino grosso.

Microscopicamente, o marcador da doença é:

- (A) ausência de células de Cajal.
- (B) hipertrofia de filetes nervosos.
- (C) ausência de células ganglionares.
- (D) displasia fibromuscular das artérias.
- (E) atrofia da camada muscular própria.

39

Paciente de 10 anos com anemia ferropriva, fez exame de imagem que mostrou projeção sacular de 2 cm na borda anti-mesentérica do íleo terminal. O produto de ressecção de segmento do intestino delgado mostrou projeção sacular revestida por mucosa gástrica de padrão fúndico. Havia segmento de ulceração na mucosa intestinal adjacente.

O diagnóstico foi de divertículo de Meckel.

A causa mais provável para a ulceração descrita é

- (A) a anemia ferropriva.
- (B) a infecção pelo *Helicobacter pylori*.
- (C) o acúmulo de material fecal líquido.
- (D) a produção de bicarbonato pelos enterócitos.
- (E) a produção de ácido clorídrico pelas células parietais.

40

Doença celíaca é frequente hipótese diagnóstica de biopsias duodenais.

A respeito da classificação de Marsh (Marsh-Oberhuber modificada), é correto afirmar que

- (A) no tipo 0 os critérios histopatológicos não são avaliáveis.
- (B) no tipo 1 há linfocitose intraepitelial e atrofia das criptas.
- (C) no tipo 2 há linfocitose intraepitelial e hiperplasia das criptas.
- (D) no tipo 3 há linfocitose intraepitelial, hiperplasia das criptas e das vilosidades.
- (E) no tipo 4 há linfocitose intraepitelial, hiperplasia das criptas e atrofia severa das vilosidades.

41

O exame peroperatório nas cirúrgicas de cabeça e pescoço para abordar paratireoides ainda é utilizado em alguns hospitais e o patologista é muito útil para

- (A) garantir que a glândula é normal.
- (B) diferenciar tumor atípico de carcinoma.
- (C) estabelecer o diagnóstico de carcinoma.
- (D) confirmar que o tecido representa paratireoide.
- (E) distinguir hiperplasia de células principais de adenoma.

42

Paciente de 40 anos com história de otite média crônica, apresenta estrutura cística no ouvido médio preenchida por material granular ceroso, representada por cavidade revestida por epitélio pavimentoso estratificado ceratinizado contendo material córneo lamelado. No tecido conjuntivo circunjacente havia infiltrado inflamatório mononuclear, com fendas de colesterol e reação granulomatosa do tipo corpo estranho.

O termo mais adequado para designar a lesão descrita é

- (A) ceruminoma.
- (B) colesterolose.
- (C) colesteatoma.
- (D) otospongiose.
- (E) cisto triquilemal.

43

Paciente masculino de 30 anos com lesão exofítica acastanhada com vasos proeminentes medindo 0,5 cm, localizada na conjuntiva bulbar. Foi realizada ressecção que demonstrou proliferação epitelial escamosa com células calciformes de perimeio circundando eixos de tecido conjuntivo que contém pequenos capilares.

O diagnóstico mais provável para a lesão descrita é

- (A) pterígio.
- (B) papiloma escamoso.
- (C) oncocitoma conjuntival.
- (D) melanose epitelial benigna.
- (E) disceratose intraepitelial benigna hereditária.

44

O sistema de reparo de incompatibilidades/erros de pareamento o DNA é composto por quatro proteínas principais MLH1, PMS2, MSH2 e MSH6, cuja presença pode ser pesquisada através de estudo imuno-histoquímico realizado em produtos de biópsia e peças cirúrgicas. As alterações nos genes que codificam as proteínas mencionadas acima levariam a deficiência no sistema de reparo, traduzida por perda de expressão nuclear no estudo imuno-histoquímico.

A deficiência no sistema de reparo de incompatibilidades está relacionada ao desenvolvimento de neoplasias malignas colorretais e endometriais na:

- (A) síndrome de Lynch.
- (B) síndrome Li-Fraumeni.
- (C) síndrome de Peutz-Jeghers.
- (D) polipose adenomatosa familiar.
- (E) síndrome de Von Hippel-Lindau.

45

A biópsia incisional de um nódulo pulmonar periférico revelou neoplasia constituída por células com citoplasma eosinofílico, núcleo redondo com cromatina finamente granular, em arranjo trabecular ou organoide, sem figuras de mitose ou necrose. As células descritas foram difusamente positivas para cromogranina A, sinaptofisina, CD56 e INSM1. O índice de proliferação celular aferido pelo Ki-67 foi de 1%.

Diante dos achados descritos, a conclusão diagnóstica mais indicada para o exame é

- (A) tumor glômico.
- (B) tumor carcinoide SOE.
- (C) carcinoma de pequenas células.
- (D) carcinoma de células escamosas.
- (E) adenocarcinoma pouco diferenciado.

46

Homem de 30 anos apresenta massa no mediastino anterior lobulada e homogênea, com leve realce pelo meio de contraste na tomografia computadorizada, medindo 5 cm. A biópsia revelou proliferação de células monomórficas grandes redondas a poligonais, com citoplasma abundante fracamente eosinofílico, constituindo pequenos lençóis e com infiltrado de linfócitos pequenos de fundo. As células neoplásicas exibiam núcleo redondo a oval, vesiculoso, com nucléolo grande e expressavam difusamente OCT4, CD117, D2-40, PLAP e CD99.

O diagnóstico mais provável para a neoplasia descrita é

- (A) seminoma.
- (B) carcinoma tímico.
- (C) teratoma imaturo.
- (D) bócio mergulhante.
- (E) linfoma anaplásico de grandes células.

47

Você recebeu para revisão biópsia de nódulo pulmonar solitário de 2 cm em paciente assintomático com hipótese diagnóstica de tuberculose pulmonar.

O exame microscópico revelava processo inflamatório crônico granulomatoso e ocasionais estruturas redondas grandes, esféricas, de parede espessa com duplo contorno, birrefringente e núcleo basofílico. A coloração especial pela técnica de impregnação pela prata metenamina de Grocott-Gomori realçou a parede espessa das estruturas descritas na coloração pela Hematoxilina e Eosina.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é

- (A) criptococose.
- (B) blastomicose.
- (C) histoplasmose.
- (D) pneumocistose.
- (E) coccidioidomicose.

48

Paciente feminina, 55 anos, com miastenia gravis e massa mediastinal circunscrita e encapsulada. A biópsia obtida por mediastinoscopia revelou neoplasia lobulada, composta por células pequenas ovais, fusiformes ou poligonais, com núcleo redondo ou oval, cromatina finamente dispersa e nucléolo pouco evidente. Essas células dispunham-se em arranjo fascicular ou estoriforme e focalmente formavam rosetas com lúmen central visível. Não eram vistos corpúsculos de Hassal. De permeio eram vistos linfócitos e foi possível notar cerca de 20% de áreas com moderado infiltrado de células T TdT positivas.

Após análise histopatológica e estudo imunohistoquímico, o caso foi concluído como timoma tipo

- (A) A.
- (B) B1.
- (C) B2.
- (D) B3.
- (E) AB.

49

A pleura é um sítio comum de metástases. Os mesoteliomas pleurais são neoplasias primárias que podem apresentar morfologia epitelióide, representando importante diagnóstico diferencial dos carcinomas metastáticos. Estudo imunohistoquímico pode ser crucial para estabelecer esse diagnóstico diferencial.

Considerando sua sensibilidade e especificidade, são marcadores mesoteliais:

- (A) BG8, p40 e S100.
- (B) B72.3, CEA e CD15.
- (C) WT1, D2-40 e CK5/6.
- (D) TTF1, HMB45 e SOX10.
- (E) claudina4, BerEP4 e MOC31.

50

Segundo a classificação de tumores genitais femininos da Organização Mundial da Saúde (2020), é correto afirmar, a respeito do tumor de Brenner, que

- (A) suas células não expressam GATA3, CK7 e p63.
- (B) é neoplasia maligna agressiva frequentemente fatal.
- (C) é negativo para RE e RP e expressa trombomodulina.
- (D) as células tumorais são tipicamente positivas para PAX8.
- (E) a maioria dos casos ocorre na infância, antes dos 5 anos.

51

Paciente com 70 anos queixava-se de lesão vulvar pruriginosa. Ao exame apresentava lesão eritematosa, discretamente elevada, com margens mal definidas, localizada no lábio menor esquerdo e estendendo-se para o introito vaginal.

A biópsia revelou células grandes e redondas, com citoplasma claro, núcleo volumoso e nucléolo proeminente, predominantemente situadas ao longo da camada basal da epiderme e que apenas focalmente se estendiam para as porções mais superficiais do epitélio, isoladas ou agrupadas. Na derme havia infiltrado inflamatório mononuclear. As células exibiam citoplasma PAS positivo e expressavam CK7.

O diagnóstico histopatológico mais adequado para a amostra é

- (A) melanoma.
- (B) doença de Paget.
- (C) papulose bowenoide.
- (D) disceratose pagetoide.
- (E) neoplasia intraepitelial vulvar.

52

Paciente com 45 anos, dor abdominal e sangramento uterino anormal. Ultrassonografia de abdome revelou tumoração sólida-cística no ovário esquerdo medindo aproximadamente 10 cm. Ooforectomia realizada revelou neoplasia composta por células dispostas lado a lado em padrão difuso ou circundando pequenos espaços contendo material eosinofílico, hialinizado (corpúsculos de Call-Exner), em meio a moderada quantidade de estroma fibromatoso. As células tinham citoplasma escasso, núcleo redondo com membrana irregular e ranhuras nucleares. A coloração especial pela reticulina revelava fibras ao redor dos agrupamentos de células tumorais. A neoplasia foi positiva para calretinina, inibina, SF1, receptor de estrogênio, citoqueratina pool, CD99 e WT1.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é

- (A) tecoma.
- (B) ginandroblastoma.
- (C) tumor de células de Sertoli.
- (D) tumor de células granulares.
- (E) tumor de células da granulosa do tipo adulto.

53

A neoplasia benigna hepática mais comum em adultos é o (a):

- (A) lipoma.
- (B) fibroma.
- (C) hemangioma.
- (D) adenoma hepatocelular.
- (E) hiperplasia nodular focal.

54

Paciente com história de adenocarcinoma de cólon esquerdo apresenta nódulo hepático único. Foi realizada biópsia que revelou adenocarcinoma metastático com provável sítio primário colônico.

Considerando esse diagnóstico histopatológico, o perfil imunohistoquímico mais provável para as células neoplásicas foi:

- (A) CK7 +, CK20 -, TTF1 +.
- (B) PSA +, NKX3.1 +, CK7 -.
- (C) RE +, GATA3 +, SOX10 +.
- (D) SATB2 +, CDX2 +, CK20 +.
- (E) HepPar1 -, CK19 +, CK7 +.

55

É neoplasia óssea maligna primária que ocorre na base do crânio definida pela proliferação de células epitelioides e fisalíferas em meio a matriz mixoide a condroide e retenção de *brachyury*:

- (A) cordoma.
- (B) pituitoma.
- (C) condrossarcoma.
- (D) craniofaringioma.
- (E) adenoma hipofisário.

56

Paciente transplantado renal realizou biópsia da bexiga por apresentar áreas espessadas nodulares na mucosa vesical em topografia de trígono com suspeita de carcinoma.

O exame microscópico revelou coleções de histiócitos com citoplasma granular eosinofílico que se acumulavam abaixo do epitélio. Algumas dessas células exibiam inclusões intracitoplasmáticas basofílicas arredondadas com disposição concêntrica em camadas (corpúsculos de Michaelis-Gutmann), positivas no PAS, Perl's e von Kossa.

O diagnóstico mais provável para o caso é

- (A) amiloidose.
- (B) tuberculose.
- (C) malacoplaquia.
- (D) cistite enfisematosa.
- (E) cistite xantogranulomatosa.

57

A descrição ectoscópica do cadáver é momento importante do exame de necropsia. As alterações cutâneas não são incomuns.

O termo *víbice* é utilizado para designar hemorragia

- (A) cutânea linear.
- (B) difusa no interstício.
- (C) plana maior que 1 cm.
- (D) puntiforme com até 3mm.
- (E) plana ou elevada com até 1 cm.

58

Uma pessoa responsável pelo transporte de amostras dentro do hospital chegou à recepção do laboratório de anatomia-patológica trazendo um frasco contendo lâminas de um exame de citologia cervicovaginal. O frasco estava mal fechado, o que ocasionou extravasamento de um pouco de líquido. Você estranhou o odor, examinou o frasco, abriu e percebeu que ele estava preenchido por formol.

Imediatamente você entrou em contato com o setor de origem da amostra, relatou o ocorrido e informou que os exames citológicos devem ser fixados em:

- (A) álcool a 70%.
- (B) glutaraldeído.
- (C) álcool absoluto.
- (D) soro fisiológico.
- (E) meio de Michel.

59

Segundo a classificação de tumores urinários e genitais masculinos da Organização Mundial da Saúde (2022), um critério essencial para o diagnóstico de adenocarcinoma da próstata de padrão acinar é

- (A) invasão perineural.
- (B) fibroplasia mucinosa.
- (C) nucléolo proeminente.
- (D) cristaloides intraluminais.
- (E) ausência de células basais.

60

Paciente masculino de 40 anos, com queixa de nódulo de crescimento lento, indolor, móvel e macio, medindo 3 cm na coxa. Foi ressecado nódulo circunscrito, lobulado, marrom amarelado e encaminhado para exame histopatológico com a hipótese de lipoma.

Ao exame microscópico, a lesão era composta por células com citoplasma amplo, multivacuolado e núcleo pequeno e redondo central, com numerosos pequenos capilares de permeio. As células expressavam fortemente UCP1. Não foi visto rearranjo, amplificação ou aumento de expressão de HMGA2, CDK4 ou MDM2.

Diante dos achados descritos, o diagnóstico histopatológico mais provável é

- (A) hibernoma.
- (B) angiolipoma.
- (C) lipoblastoma.
- (D) lipoma pleomórfico.
- (E) lipossarcoma bem diferenciado.

61

Recebido para exame testículo esquerdo de paciente de 13 anos acompanhado da história de dor intensa e súbita após manipulação do órgão.

O testículo estava um pouco aumentado de tamanho, com a superfície lisa e coloração vinhosa. Aos cortes era vinhoso e elástico. Microscopicamente exibiu arquitetura preservada, entretanto, as células tinham citoplasma com acentuação da eosinofilia e eram desprovidas de núcleo. Havia ainda intenso extravasamento de hemácias. As alterações descritas eram vistas de modo uniforme e difuso nos cortes histológicos examinados.

Considerando as descrições macroscópica e microscópica, os processos patológico e diagnóstico que melhor se aplicam ao testículo são, respectivamente,

- (A) atrofia e criptorquidia.
- (B) congestão e congestão.
- (C) infarto vermelho e torção.
- (D) inflamação aguda e orquite.
- (E) inflamação crônica e tuberculose.

62

Paciente de 40 anos tabagista eventual, intérprete de samba de enredo, busca otorrinolaringologista em janeiro com queixa de rouquidão há 2 meses. Realizada laringoscopia que revelou excrescências pedunculadas de 2 e 3 milímetros, localizadas respectivamente nas pregas vocais verdadeiras direita e esquerda. O paciente apresentava história familiar de carcinoma de células escamosas da laringe (pai), o que motivou a realização de biópsia.

O exame microscópico revelou epitélio escamoso com leve hiperplasia sobre estroma conjuntivo contendo vasos proliferados e dilatados e estroma hialinizado.

O diagnóstico histopatológico mais adequado para o caso descrito é

- (A) leucoplasia.
- (B) nódulo laríngeo.
- (C) papiloma escamoso.
- (D) pólipos hamartomatosos.
- (E) displasia epitelial laríngea.

63

Paciente masculino, 70 anos, com queixa de hematúria macroscópica. Realizou cistoscopia que revelou lesões exofíticas avermelhadas na mucosa vesical. Biópsia demonstrou proliferação urotelial com arquitetura papilífera e desordem citoarquitetural marcada. As papilas eram complexas, fusionadas ou ramificadas, compostas por células com núcleo aumentado de tamanho, irregular, moderadamente pleomórfico, hipercromático e com nucléolo proeminente, visíveis no pequeno aumento. Havia perda da polaridade habitual do epitélio e figuras de mitose frequentes. Os achados descritos eram vistos em cerca de 20% do tumor, enquanto os 80% restante exibiam alterações citológicas e arquiteturais leves, sem pleomorfismo nuclear ou hiperplasia evidentes. A interface epitélio-estroma era regular e não foi notada reação estromal.

O melhor diagnóstico para o caso é

- (A) papiloma urotelial.
- (B) carcinoma urotelial invasivo.
- (C) carcinoma urotelial papilífero não invasivo de alto grau.
- (D) neoplasia urotelial papilífera de baixo potencial maligno.
- (E) carcinoma urotelial papilífero não invasivo de baixo grau.

64

Paciente masculino de 30 anos com nódulo testicular direito sólido de 2,0 cm, branco, com áreas hemorrágicas e outras amareladas e amolecidas. Ao exame microscópico a neoplasia era composta por células epitelioides grandes com citoplasma anfófilo, núcleo vesicular pleomórfico que contém pelo menos um macronúcleolo. As células se dispõem em arranjo sólido e constituem sincícios. Havia frequente sobreposição nuclear, abundantes figuras de mitose e áreas de necrose. O estroma circunjacente é fusocelular rico em matriz colágena. Estudo imuno-histoquímico revelou positividade para CD30, OCT3/4, AE1/AE3 e SOX2 e negatividade para PLAP, D2-40, CD117, glipican3 e AFP.

O diagnóstico histopatológico mais adequado para o caso seria

- (A) teratoma.
- (B) seminoma.
- (C) coriocarcinoma.
- (D) carcinoma embrionário.
- (E) tumor do saco vitelínico.

65

Neoplasia de glândula salivar não invasiva benigna bifásica, circunscrita, sólida, composta por células basaloideas que constituem paliçada periférica e células luminais mais claras dispostas em arranjo sólido, cribriforme tubulotrabecular ou membranoso e estroma em quantidade e com densidade colágena variável, por vezes com material gótico hialino. Estudo imuno-histoquímico revela população epitelial e mioepitelial e há coexpressão de beta-catenina e LEF1.

Essa descrição melhor caracteriza o

- (A) adenoma basocelular.
- (B) adenoma pleomórfico.
- (C) adenoma de ducto estriado.
- (D) adenocarcinoma basocelular.
- (E) mioepitelioma de glândula salivar.

66

As quatro classes de genes que são os principais alvos das mutações relacionadas ao desenvolvimento de neoplasias malignas são: proto-oncogenes, genes supressores de tumor, genes que regulam a apoptose e genes responsáveis pelo reparo do DNA.

É exemplo de proto-oncogene:

- (A) MYC.
- (B) APC.
- (C) PTEN.
- (D) TP53.
- (E) BRCA1.

67

Paciente feminina, 50 anos, foi submetida a tireoidectomia durante abordagem da região cervical por suspeita de carcinoma. A tireoide exibia aumento difuso e simétrico, sem aderência às estruturas adjacentes. Aos cortes era amarelada, vagamente nodular e apresentava consistência firme. Ao exame microscópico chamava a atenção denso infiltrado linfocitário estromal, com a formação de folículos linfóides com centro germinativo proeminente. Notavam-se ainda histiócitos, plasmócitos, alteração oxifílica do epitélio folicular e vasos linfáticos dilatados e aumentados em número.

O diagnóstico histopatológico mais adequado para o caso descrito é

- (A) tireoidite aguda.
- (B) tireoidite de Riedel.
- (C) tireoidite autoimune.
- (D) tireoidite de Quervain.
- (E) tireoidite de palpação.

68

Recebido lobo direito da tireoide de paciente feminina de 22 anos. Sua superfície externa era recoberta por cápsula delgada e transparente que deixava ver superfície castanha. Aos cortes, era carnoso e exibia nódulo irregular, com limites bem definidos, branco e firme, medindo 20 mm, que foi todo incluído.

Ao exame microscópico, a lesão era centrada por estroma desmoplásico, ao redor do qual notavam-se eixos fibrovasculares recobertos por uma camada de células com citoplasma levemente eosinofílico, núcleos um pouco aumentados de tamanho, ovais, sobrepostos, de contornos irregulares, com nucleoplasma em “vidro fosco”, contendo estrias e pseudoinclusões. Notavam-se ainda alguns folículos contendo coloide espesso e psamomas.

Diante do exposto, seu diagnóstico seria

- (A) carcinoma papilífero clássico.
- (B) carcinoma papilífero encapsulado.
- (C) adenoma folicular com arquitetura papilífera.
- (D) carcinoma papilífero variante folicular invasivo.
- (E) neoplasia folicular não invasiva com características nucleares papilífero símile.

69

A respeito do carcinoma medular da tireoide, é correto afirmar que

- (A) as células neoplásicas não expressam CEA.
- (B) é neoplasia maligna derivada de células foliculares.
- (C) depósito de material amiloide estromal é achado raro.
- (D) é negativo para cromogranina A e positivo para calcitonina.
- (E) macroscopicamente são tipicamente sólidos e circunscritos.

70

Edema é termo utilizado para designar o acúmulo de fluido nos espaços intersticiais. O fluido pode ser pobre em proteínas (transudato) ou rico em proteínas (exsudato).

É categoria fisiopatológica de edema que costuma resultar em exsudato:

- (A) elevação da pressão hidrostática por dilatação arteriolar.
- (B) redução da pressão osmótica plasmática por desnutrição.
- (C) aumento da pressão hidrostática por redução do retorno venoso.
- (D) inflamação associada com a angiogênese nas neoplasias malignas.
- (E) retenção de sódio por aumento da reabsorção tubular na hipoperfusão renal.

71

Paciente de 6 anos com queixa de obstrução nasal apresentava massa com arquitetura polipoide localizada na parede lateral da nasofaringe. Foi realizada ressecção da lesão cujo exame microscópico evidenciou estrutura revestida por epitélio escamoso ceratinizado, sobre estroma conjuntivo que continha folículos pilosos, glândulas sebáceas, tecido adiposo, cartilagem e elementos meningoteliais.

O diagnóstico histopatológico para a lesão descrita foi

- (A) pólipos pilosos.
- (B) fibroma mole.
- (C) metaplasia escamosa.
- (D) meningocele intranasal.
- (E) hamartoma condromesenquimal nasal

72

Paciente masculino de 55 anos com obstrução nasal, epistaxe, cefaleia e volumosa massa que ocupava as cavidades nasais, rinofaringe e infiltrava a base do crânio. Havia extensa destruição local e suas margens eram pouco definidas. Foi realizada biópsia que revelou lençóis de células com moderada quantidade de citoplasma, bordas celulares bem definidas, núcleo redondo, volumoso, vesiculoso, com nucléolo proeminente. O estudo imuno-histoquímico revelou expressão difusa de AE1/AE3, CAM5.2 e p16; negatividade para CK5/6, p40, cromogranina, sinaptosina, CD45, S100 e SOX10.

Diante desses achados, o melhor diagnóstico histopatológico para essa neoplasia maligna sinonasal é

- (A) melanoma.
- (B) carcinoma indiferenciado.
- (C) carcinoma neuroendócrino.
- (D) linfoma difuso de grandes células B.
- (E) carcinoma de células escamosas pouco diferenciado.

73

O exame macroscópico é fundamental para suspeição e representação para demonstração do comprometimento de estruturas importantes para o estadiamento das neoplasias malignas como o carcinoma de células escamosas da laringe em produtos de laringectomia total independentemente da localização da lesão: supraglótica, glótica ou infraglótica.

É estrutura que deve ser avaliada com cuidado à macroscopia, cuja infiltração modifica o estadiamento patológico da neoplasia a(o)

- (A) epiglote.
- (B) ventrículo.
- (C) comissura anterior.
- (D) cartilagem tireoide.
- (E) comissura posterior.

74

Recebida biópsia de estômago de paciente com diagnóstico e início do tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) há poucos meses. A mucosa gástrica revelava proliferação de células fusiformes com atipia leve, que ocupavam o cório constituindo fascículos ou delimitando espaços em fenda que continham eritrócitos. Observavam-se ainda glóbulos hialinos.

Considerando o diagnóstico mais provável, seria desejável a realização de estudo imunohistoquímico utilizando o anticorpo anti

- (A) ERG.
- (B) CD31.
- (C) CD34.
- (D) HHV8.
- (E) D2-40.

75

O adenoma hepatocelular com ativação da via *sonic hedgehog*, que costuma ocorrer em mulheres com mais de 40 anos, obesas, com síndrome metabólica, apresenta como melhor descrição histopatológica:

- (A) dilatação sinusoidal, congestão, infiltrado linfocitário, artérias espessas, reação ductular e expressão de amiloide A sérico.
- (B) células claras alternadas com células atróficas/retraídas, cavidades preenchidas por hemácias ou fibrina e grandes áreas de necrose.
- (C) esteatose difusa, com células balonizadas ou claras e poucas pseudoglândulas e negatividade para a proteína de ligação do ácido graxo hepático.
- (D) células com citoplasma amplo eosinofílico, núcleo volumoso com moderado pleomorfismo formando trabéculas espessas e perda da trama reticulínica.
- (E) atipia citoarquitetural, pseudoglandulas, acúmulo de pigmento de biliar, trama reticulínica focalmente reduzida e superexpressão de glutamina sintetase.

76

Paciente de 5 anos com hemorragia retal realizou colonoscopia que evidenciou pólipos no sigmoide distal. O produto da polipectomia foi encaminhado para exame histopatológico.

Recebida lesão polipoide pediculada medindo 1,5 X 1,0 cm com superfície granular avermelhada e aspecto em treliça aos cortes. Microscopicamente era ulcerado, com tecido de granulação na superfície associado a alterações regenerativas, glândulas cisticamente dilatadas revestidas por epitélio colônico, preenchidas por muco e separadas por estroma conjuntivo edemaciado, permeado por células inflamatórias.

O diagnóstico histopatológico para o caso descrito é

- (A) pólipo juvenil.
- (B) pólipo hiperplásico.
- (C) lesão serrilhada séssil.
- (D) pólipo de Peutz-Jeghers.
- (E) pólipo mioglandular inflamatório.

77

O sarcoma alveolar de partes moles é neoplasia de histogênese incerta que acomete predominantemente as partes moles profundas das extremidades, composta por células epitelioides variavelmente pouco coesas, organizadas em grupamentos e resultando em aparência alveolar.

Ele é caracterizado por uma translocação específica que resulta na fusão

- (A) SS18-SSX1.
- (B) EWSR1-FLI1.
- (C) ASPSCR1-TFE3.
- (D) EWSR1-SMAD3.
- (E) EWSR1-NFATC2.

78

Doença inflamatória intestinal é termo empregado para um grupo de distúrbios inflamatórios que parecem relacionadas a alguns genes de susceptibilidade levando a defeitos na função de barreira epitelial e ativação do sistema imune da mucosa pela presença da flora luminal normal (bactérias comensais e seus produtos). Os dois principais membros desse grupo são a colite ulcerativa e a doença de Crohn.

A respeito das características histopatológicas que permitiriam a distinção entre colite ulcerativa e doença de Crohn é correto afirmar que

- (A) envolvimento ileal não ocorre na colite ulcerativa.
- (B) metaplasia de glândulas pilóricas é comum na doença de Crohn.
- (C) fissuras são comuns na colite ulcerativa e ausentes na doença de Crohn.
- (D) envolvimento do reto é quase sempre presente na colite ulcerativa e na doença de Crohn.
- (E) pioderma gangrenoso é manifestação a distância da colite ulcerativa e não ocorre na doença de Crohn.

79

Paciente de 65 anos foi submetida à ressecção de lesão mal delimitada na região subescapular direita que, ao ultrassom, apresentava aspecto hipoecoico complexo. Os cortes histológicos revelaram lesão mal definida, hipocelular composta por estroma colagenizado com áreas edematosas, raros fibroblastos estrelados e alguns adipócitos de permeio, além de fibras alongadas com contornos irregulares, glóbulos de tamanhos variados ou cordões de contos densamente eosinofílicos na coloração pela Hematoxilina e Eosina e pretas na técnica de Verhoeff van Gieson.

Diante dos achados descritos, o diagnóstico histopatológico foi de

- (A) elastofibroma.
- (B) lipofibromatose.
- (C) fibroma esclerótico.
- (D) fibromatose desmoide.
- (E) lipoma de células fusiformes.

80

A trompa uterina esquerda de paciente de 20 anos foi recebida para exame, sem informações clínicas declaradas no pedido de exame.

A peça cirúrgica media 6 cm de comprimento e tinha diâmetro que variava entre 0,5 cm e 2 cm. Era recoberta por serosa lisa e brilhante com segmento de irregularidade e coloração vinhosa. Aos cortes, mostrava luz dilatada preenchida por material vinhoso e friável. O exame microscópico revelou abundantes hemácias extravasadas, ocasionais células trofoblásticas e vilosidades coriônicas exibindo pequenos vasos que continham hemácias nucleadas em seu interior. Na área irregular e vinhosa da serosa, além da hemorragia recente, havia proliferação mesotelial com atípias, formação de papilas e psamomas.

O melhor diagnóstico histopatológico para o quadro descrito é:

- (A) mesotelioma.
- (B) endossalpingiose.
- (C) prenhez ectópica.
- (D) hematossalpinge.
- (E) neoplasia serosa do ovário metastática.

Realização

