



PROVA PRÁTICA – PATOLOGIA DE NECRÓPSIA/MACROSCOPIA

PROVA DE MACROSCOPIA

1. Mulher de 35 anos com massa tumoral em cabeça do pâncreas. Realizada gastroduodenopancreatectomia. Abaixo foto da superfície de corte do tumor. Qual o diagnóstico mais provável?



2. Esta é a superfície de corte do terço distal de um apêndice cecal de um adulto. Qual o diagnóstico mais provável?



3. Produto de nefrectomia total de um homem com 60 anos. Com base nestes achados macroscópicos, comente qual o diagnóstico mais provável e o que pode ser previsto em termos de estadiamento patológico?



4. Produto de nefrectomia total de um homem com 60 anos. Qual o diagnóstico mais provável?



5. Homem de 62 anos com ressecção de segmento de intestino grosso com um adenocarcinoma. É possível identificar que se trata de uma retossigmoidectomia? Se sim, como avaliar o status / integridade do envelope mesorretal? Quais as categorias a investigar e que critérios você usaria?









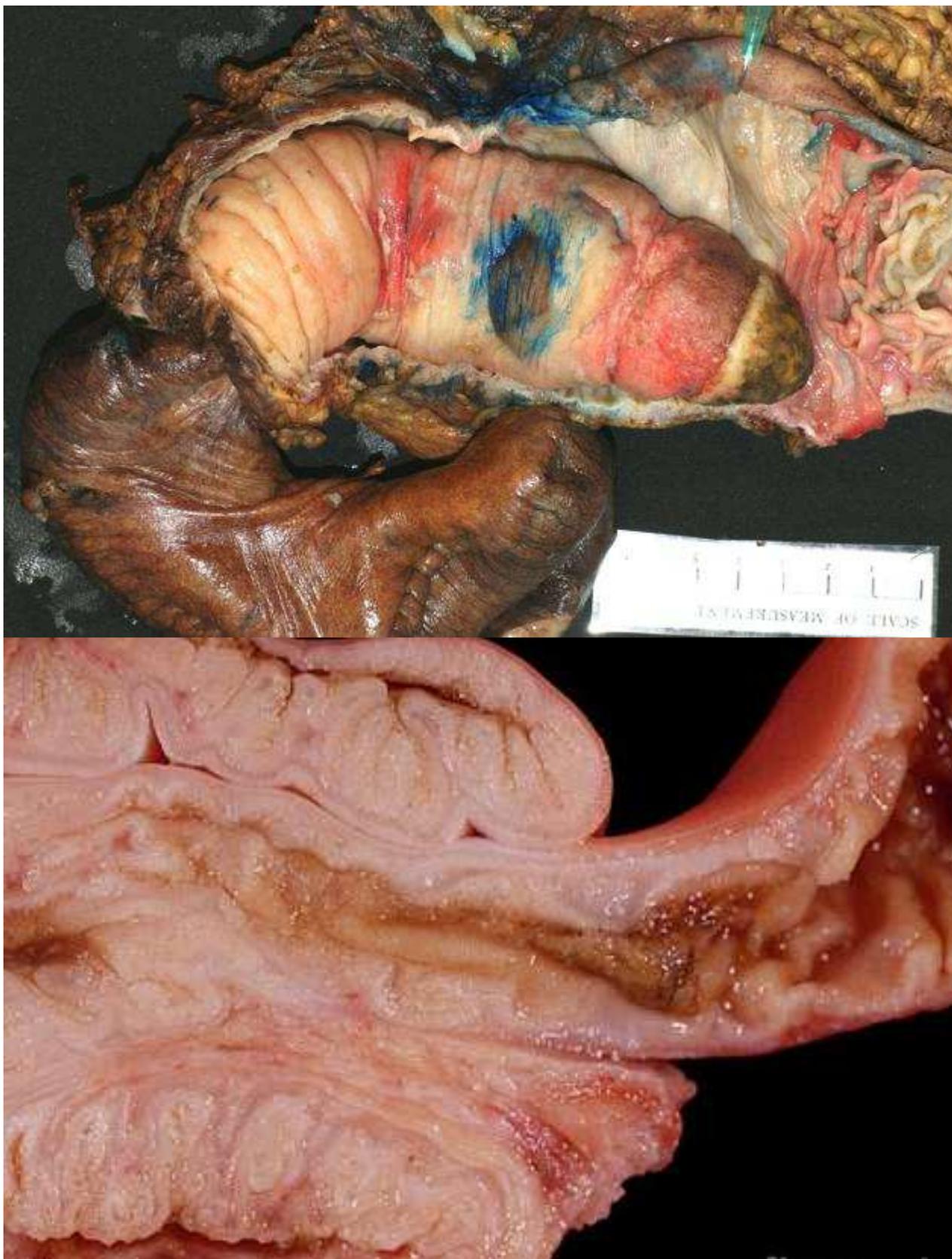
6. Segmento de penectomia com Carcinoma escamocelular do tipo condilomatoso (*Warty carcinoma*). Em cortes transversais do terço distal do pênis, a invasão desta estrutura (marcada em amarelo – mas sem invasão fotografada neste caso) à macroscopia seria indicativo de invasão de quê? Qual a implicação para o estadiamento?







7. Produto de colectomia após quadro de abdome aguda. Qual o diagnóstico macroscópico?



8. Cisto ovariano uniloculado numa paciente de 45 anos. Aberto, expõe a superfície interna na foto. Qual o diagnóstico diferencial este aspecto macroscópico impõe? E como a macroscopia pode influenciar no diagnóstico definitivo?



9. Paciente de 50 anos com sangramento genital. O útero mostra este aspecto macroscópico. Qual o diagnóstico mais provável?



10. Este é um produto de pancreatectomia corpo-caudal. Qual o diagnóstico diferencial este aspecto macroscópico impõe? E como a macroscopia pode influenciar no diagnóstico definitivo?



PROVA DE NECROPSIA

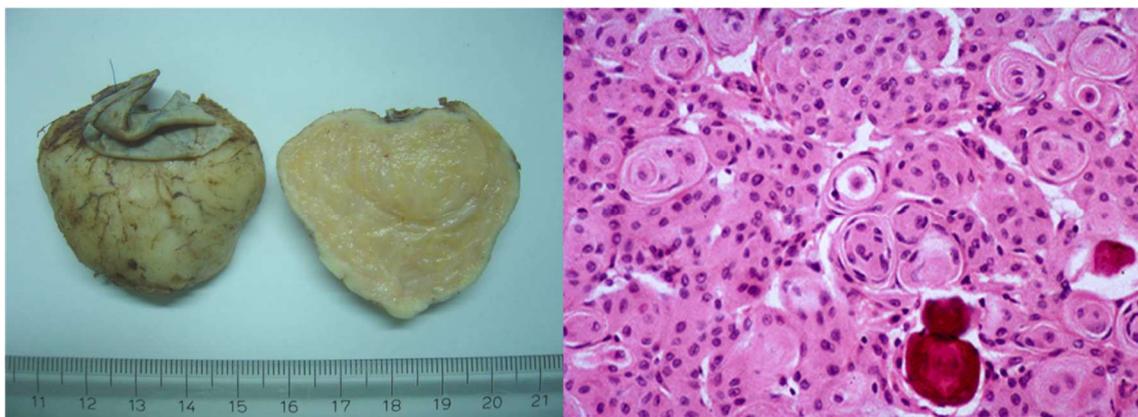
CASO. Paciente feminina, 46 anos com história de cefaleia de início abrupto há mais ou menos 2 horas. Fez uso de analgésico que geralmente usava para dor de cabeça, sem melhora. Como a dor não melhorou e apresentou perda de consciência transitória foi levada a emergência pela irmã. Chega no Hospital após uma hora do início dos sintomas. A acompanhante informa que a paciente estava em confraternização de família quando passou a se queixar que estava sentindo a “pior dor de cabeça de sua vida”, tomou analgésico e mais ou menos meia hora depois teve um episódio de síncope, o que motivou a família a procurar a emergência. Negava traumatismos prévios. Quando teve a síncope estava sentada. Negava uso de drogas. No exame da admissão, apresentava-se, afebril, pressão arterial de 140x90mmHg, diminuição dos níveis de consciência, ptose palpebral e anisocoria. Sem sinais de rigidez de nuca. Diante deste histórico, o médico suspeitou que a paciente estava com hemorragia subaracnóide primária. Após 10 minutos da admissão foi a óbito.



Questão 1: Neste caso qual a principal causa desta hemorragia e quais são características morfológicas observadas no vaso?

Questão 2. Cite outros 3 exemplos de etiologia de hemorragia subaracnóide primária.

CASO. Paciente de 38 anos, feminina. Relato de que há 03 meses passou a apresentar cefaleia de intensidade crescente, sem outras queixas. Um mês antes do internamento passou a apresentar crises convulsivas e fraqueza de membro superior esquerdo. TC de crânio com imagem nodular densa bem delimitada em relação à calota craniana. Foi submetida à cirurgia.

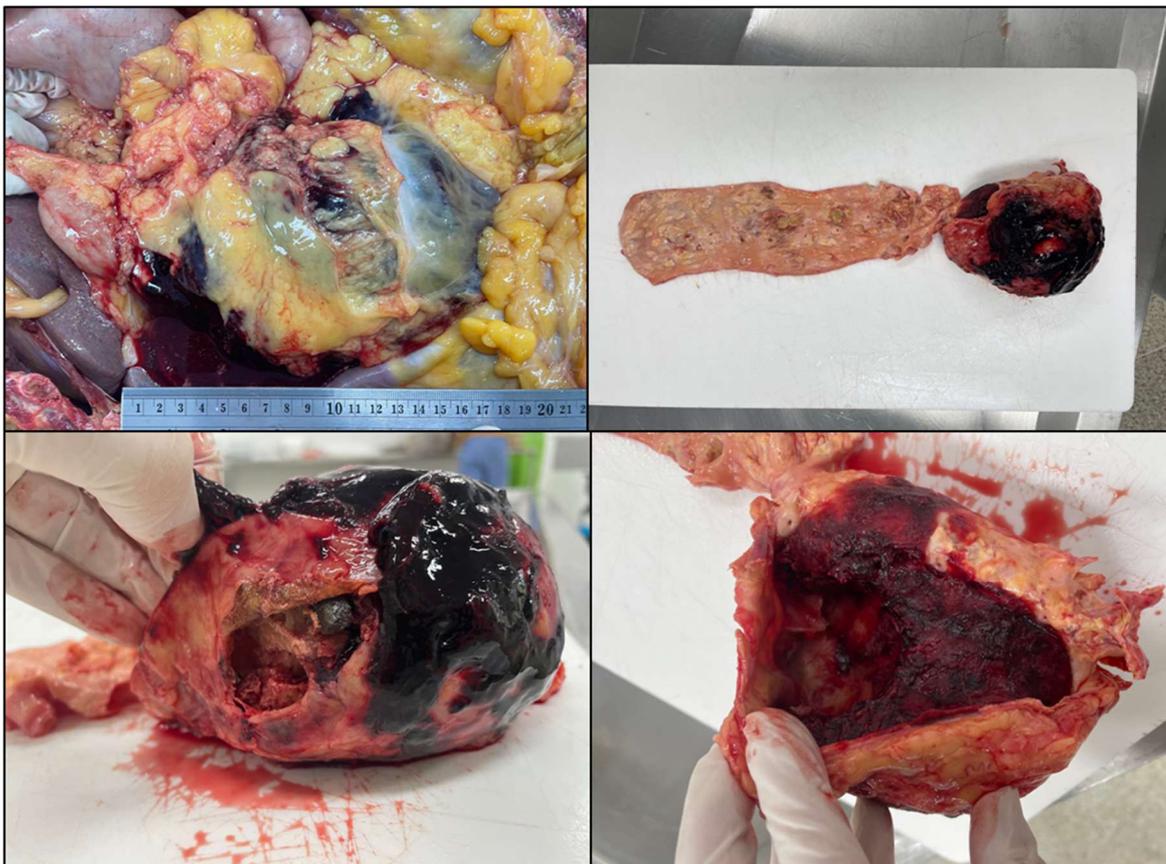


Questão 3. Baseado nos dados, macroscopia e microscopia disponíveis, qual o diagnóstico?

Questão 4. Quais as características morfológicas da neoplasia neste caso (macroscópicas e microscópicas)?

Qual a importância da imunohistoquímica neste caso?

CASO. G. S. C., sexo masculino, 67 anos, hipertenso sem acompanhamento médico ou uso regular de medicações. Apresentou dor abdominal moderada, difusa. Foi avaliado numa unidade de pronto atendimento, medicado e liberado. Na manhã seguinte apresentou piora importante da dor, foi levado de volta ao pronto atendimento, onde chegou sem sinais vitais.

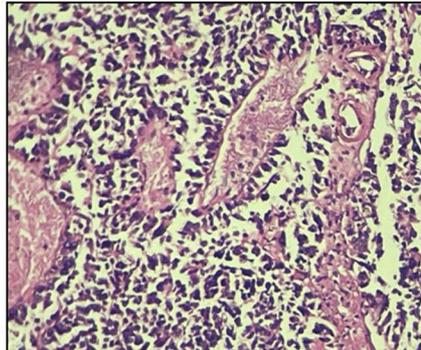
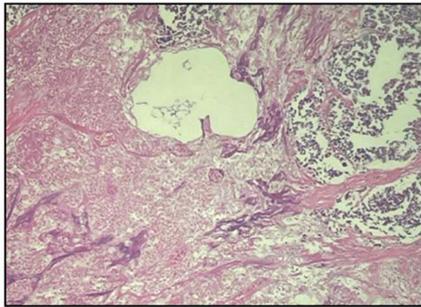
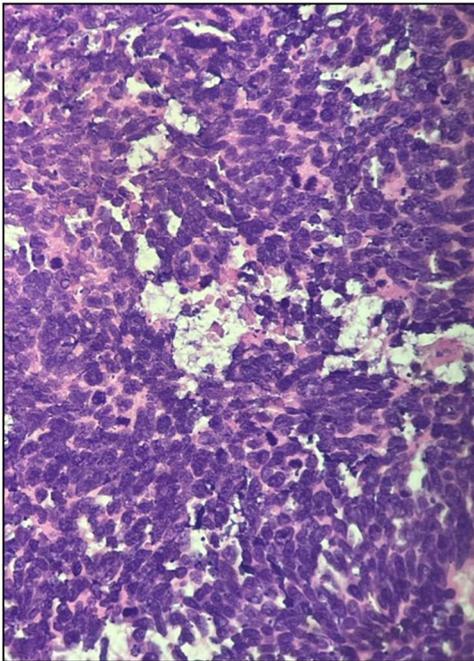
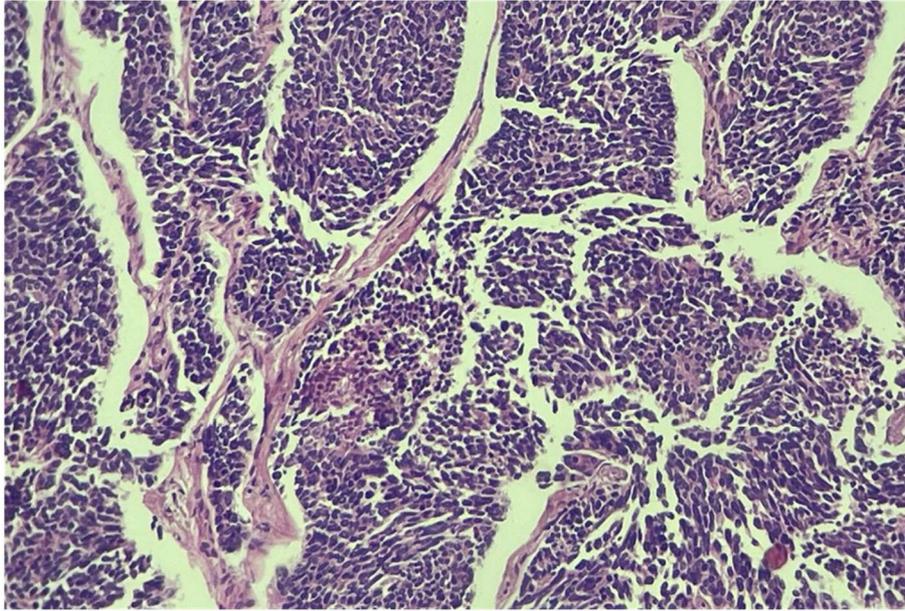


Questão 5. A partir das imagens acima, determine a seqüência de eventos relacionados à causa do óbito.

Parte I	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	A:
		B:
		C:
		D:
	Causas antecedentes	
	Estados mórbidos/causa base	
Parte II	Outras condições que contribuíram para a morte	

CASO. Sexo masculino, 72 anos. Natural de São Miguel das Matas – BA, caseiro, solteiro. Tabagista há 50 anos. Etilista socialmente, abstemio há 10 anos. 04/06/2024 - Família relata que estava com alteração significativa na voz do falecido e com dificuldade de deglutição alimentação sólida. Realizou tomografia de crânio que evidenciou hemorragia intra parenquimatosa com edema no lobo occipital; e tomografia de tórax com suspeita de neoplasia secundaria do nódulo pulmonar. Dia óbito (04/09/2024): o informante relata que por voltas das 9hs, foi visitá-lo e o encontrou no sofá, em decúbito dorsal, sem movimento respiratório.



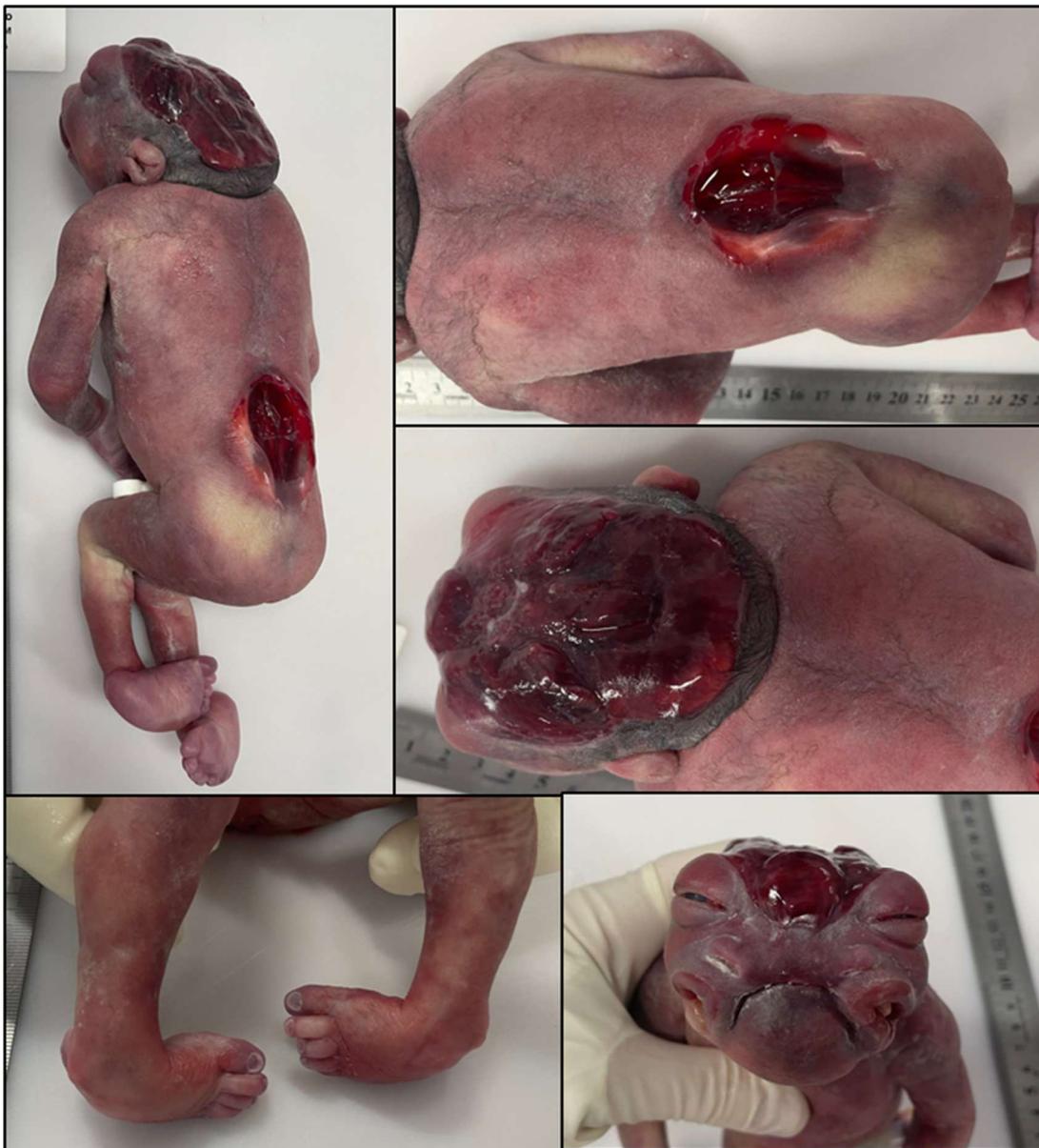


Questão 6. Baseados nas características macroscópicas, microscópicas e tempo de evolução descrito, qual o diagnóstico?

Sobre epidemiologia e fatores de risco relacionados à neoplasia maligna de pulmão, assinale a alternativa INCORRETA:

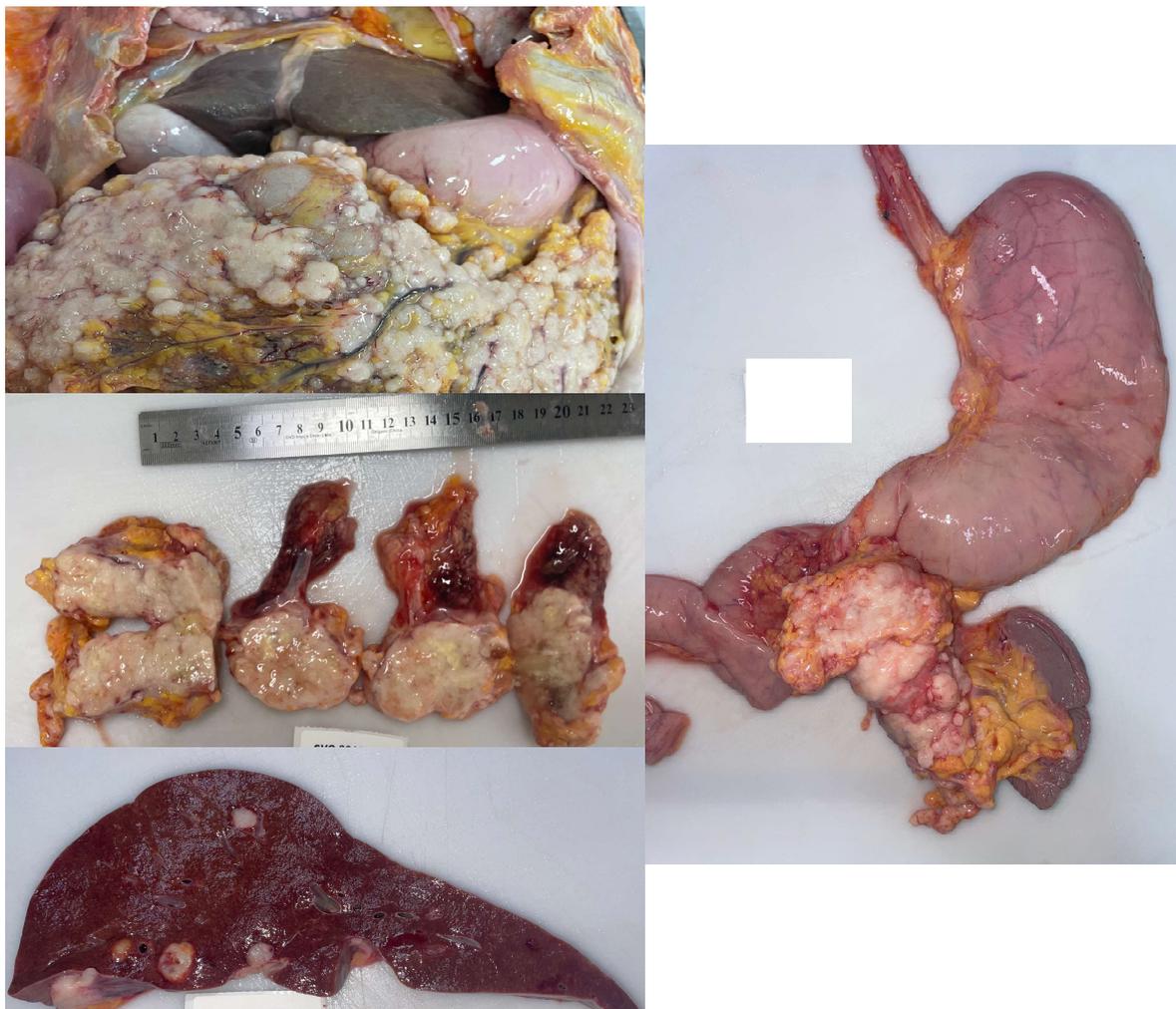
- a) Causa mais comum de morte por câncer no mundo.
- b) Os principais subtipos de câncer de pulmão são: (1) carcinoma escamocelular, (2) adenocarcinoma, (3) carcinoma de pequenas células e (4) carcinoma de grandes células, nesta ordem.
- c) Os dois subtipos mais fortemente relacionados ao tabagismo são carcinoma de células escamosas e carcinoma de pequenas células.
- d) Adenocarcinoma é o principal subtipo histológico em não fumantes.
- e) Síndromes paraneoplásicas são comuns no câncer de pulmão. Podem ocorrer devido a produção de substâncias biologicamente ativas e não estão relacionados ao tamanho do tumor primário, podem preceder o diagnóstico, ocorrer tardiamente ou anunciar a recorrência.

CASO. Natimorto, de sexo masculino, com idade gestacional de 28 semanas e 5 dias. Genitora 31 anos, cursando 26 semanas de gestação, com diagnóstico de arbovirose antes das 17 semanas de gestação, apresentando na USG obstétrica diagnóstico de “alteração estrutural fetal incompatível com a vida extrauterina”. A paciente foi internada para realizar aborto autorizado por lei. As sorologias realizadas durante o pré-natal todos negativos. Motivo do encaminhamento ao SVO: Suspeita de doença de notificação compulsória. Exame externo com os achados ilustrados nas imagens abaixo.



Questão 7. Liste as malformações congênicas identificadas à ectoscopia.

CASO. Sexo feminino, 67 anos, com história de dor abdominal e ultrassonografia prévia evidenciando lesão pancreática. Sem seguimento adequado para diagnóstico e tratamento, evoluiu para óbito em domicílio. Abaixo, achados macroscópicos da necropsia.

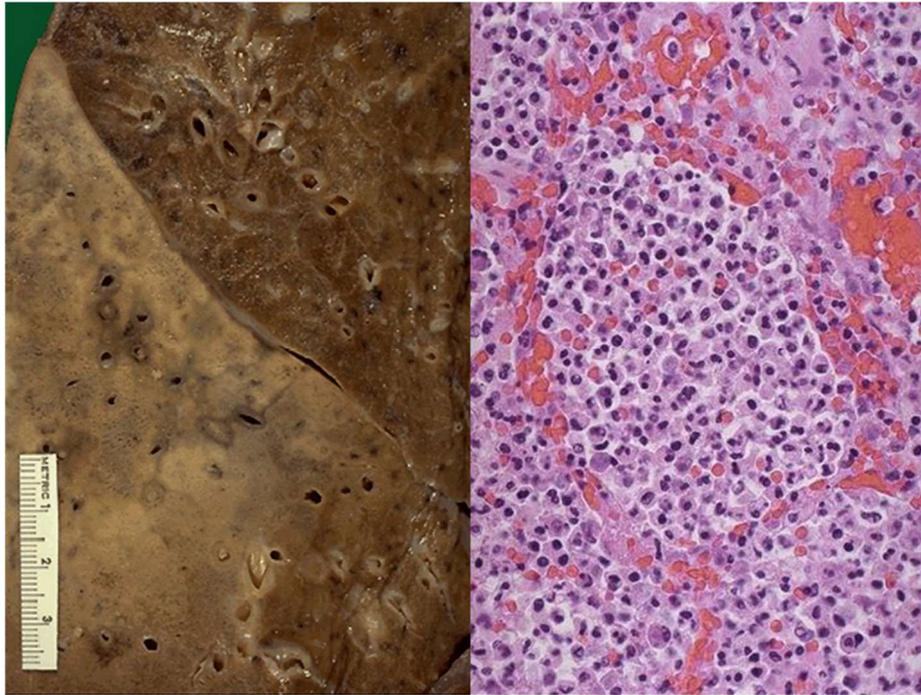


Questão 8. Cite os diagnósticos macroscópicos acima ilustrados.

A classificação das neoplasias pancreáticas é baseada nas linhas de diferenciação celular (ductal, acinar, neuroendócrina ou outras) que elas apresentam, bem como em sua configuração bruta (sólida, cística ou intraductal). Sobre neoplasia maligna do pâncreas, marque a assertiva falsa:

- a) A maioria dos adenocarcinomas ductais são bem a moderadamente diferenciados e formam estruturas glandulares semelhantes a ductos, que se infiltram aleatoriamente no parênquima pancreático e provocam uma forte resposta estromal desmoplásica.
- b) A classificação do adenocarcinoma ductal é baseada na avaliação combinada do grau de diferenciação glandular, produção de mucina, atividade mitótica e características nucleares. Se houver heterogeneidade intratumoral (ou seja, variação no grau de diferenciação e atividade mitótica), o grau mais alto é atribuído.
- c) O fator de risco mais conhecido para câncer de pâncreas é o tabagismo.
- d) Até o momento, não há nenhum marcador imuno-histoquímico para distinguir, inequivocamente, o adenocarcinoma ductal dos adenocarcinomas produtores de mucina extrapancreática, notavelmente carcinomas do ducto biliar e gástrico.
- e) O carcinoma micropapilar invasivo é um adenocarcinoma no qual $\geq 20\%$ da neoplasia consiste em pequenos ninhos sólidos de células suspensas dentro de lacunas estromais. Um padrão micropapilar, como originalmente descrito na mama e posteriormente no urotélio, também pode ser visto no pâncreas, mais comumente como um achado focal, que ocorre em $< 5\%$ dos adenocarcinomas do tipo pancreatobiliar.

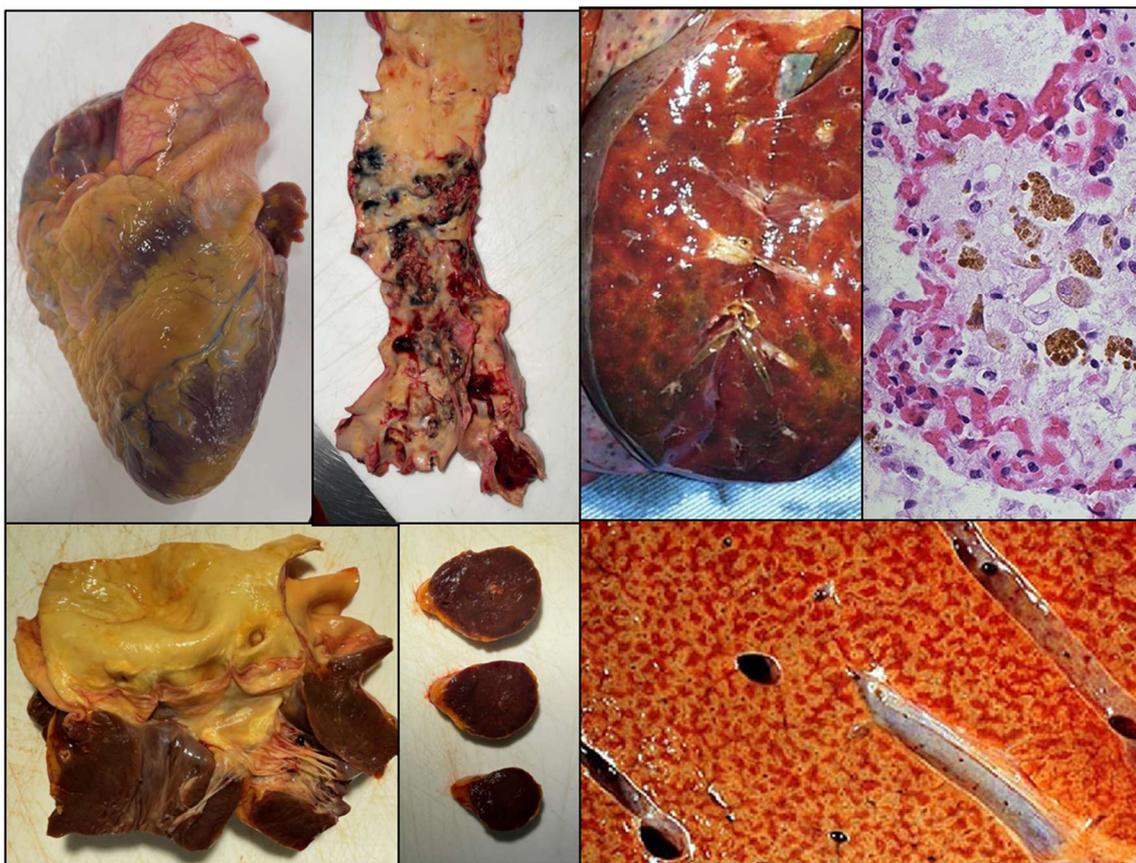
CASO. Sexo masculino, 45 anos, etilista e tabagista, apresentou quadro de febre e tosse secretiva. Evoluiu com quadro séptico e óbito. Abaixo imagens macroscópica e microscópica do pulmão.



Questão 9. Em relação às infecções pulmonares, marque a alternativa falsa:

- a) Pneumonia lobar é definida como uma infecção aguda que resulta em uma consolidação fibrino-supurativa de uma porção do lobo ou todo ele.
- b) A broncopneumonia é definida como um quadro infeccioso que se apresenta como focos inflamatórios múltiplos, via de regra, bilateral. Histologicamente observa-se inflamação aguda supurativa, com exsudato rico em neutrófilos que preenche os brônquios, bronquíolos e espaços alveolares
- c) São características comuns às micoses sistêmicas: são adquiridas por inalação de propágulas de fungos dimórficos patogênicos, apresentam localização primariamente extra-pulmonar, disseminam-se por via hematogênica, e microscopicamente apresentam-se como processo inflamatório agudo, supurativo
- d) A pneumonia lobar apresenta fases / estágios da resposta inflamatória. São eles congestão, hepatização vermelha, hepatização cinzenta e resolução, nesta ordem.
- e) Dentre as causas não infecciosas de febre e alterações radiográficas que podem mimetizar pneumonia adquirida na comunidade, podemos citar edema pulmonar, infarto pulmonar, hemorragia pulmonar e câncer de pulmão.

CASO. Sexo feminino de 70 anos é levada ao serviço emergência com quadro de edema de membros inferiores, dispneia a esforços mínimos e baixa ingestão de alimentos. Pressão arterial 170x110 mmHg. Pulso 120bpm. Edema em membros inferiores, depressível, até os joelhos. Presença de estase de jugular. Ausculta pulmonar com crépitos em base. ACV: ictus palpável no 8º EIE, em linha axilar anterior, difuso. Bulhas hipofonéticas. Abdomo globoso, com fígado palpável a 3 cm do rebordo costal. Foi medicada e liberada para casa. Após dois dias, apresentou mal estar com dispneia importante, evoluindo para obito em domicílio. Abaixo os achados de necropsia.



Questão 10. A hipertensão arterial é maior fator de risco modificável para as doenças cardiocerebrovasculares e frequentemente coexiste com outras patologias como: diabetes mellitus, dislipidemia, doença renal crônica e tabagismo. Sobre a doença hipertensiva e as conseqüências sobre os diversos órgãos, analise as assertivas abaixo e marque a opção correta:

- I. A cardiopatia hipertensiva inclui o desenvolvimento da disfunção diastólica, hipertrofia ventricular esquerda e insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada ou reduzida.
 - II. São achados macroscópicos relacionados à cardiopatia hipertensiva aumento da câmara atrial esquerda, hipertrofia da parede do ventrículo esquerdo e, a longo prazo, dilatação de câmaras direitas.
 - III. Congestão passiva crônica do fígado esta frequentemente presente em pacientes com insuficiência cardíaca. Macroscopicamente, observa-se o aspecto "em noz moscada". Microscopicamente, na região centrolobular, há atrofia e desaparecimento dos hepatócitos devido à anóxia crônica que se estabelece.
 - IV. Mais de 90% das hospitalizações relacionadas à IC ocorrem devido à presença de congestão pulmonar. A insuficiência cardíaca esquerda leva à congestão pulmonar. Nesse caso, há dilatação dos capilares pulmonares, que podem cursar com microrrupturas e extravasamento de hemácias. À microscopia, pode ser observado congestão e edema, além da hemorragia alveolar e identificação de macrófagos cheios de hemossiderina, conhecidos como células da insuficiência cardíaca.
 - V. As principais causas de congestão pulmonar são insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC); infarto agudo do miocárdio; doenças valvulares cardíacas; e hipertensão arterial pulmonar.
-
- A. Todas as assertivas são verdadeiras.
 - B. Apenas as assertivas I e II são verdadeiras.
 - C. Apenas as assertivas I, II e III são verdadeiras.
 - D. Apenas as assertivas I, II, IV e V são verdadeiras.
 - E. Todas as assertivas são falsas.