

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

UNIRIO

HUGG - Hospital Universitário Gaffrée e Guinle



RESIDÊNCIA MÉDICA – 2016

Cirurgia Torácica R3

(Endoscopia Respiratória)

- 1) Sobre a sistematização anatômica dos linfáticos pulmonares, segundo Rouvière, pode-se afirmar que
- os gânglios da bifurcação traqueal enviam normalmente seus eferentes à cadeia lateral direita.
 - os linfáticos do território inferior do pulmão direito são tributários da cadeia látero-traqueal esquerda.
 - os gânglios da bifurcação traqueal enviam seus eferentes exclusivamente à cadeia látero-traqueal esquerda.
 - os linfáticos do território superior do pulmão direito são tributários da cadeia látero-traqueal direita e esquerda.
 - os linfáticos do território inferior do pulmão direito escoam a linfa nos gânglios da bifurcação traqueal e da cadeia látero-traqueal esquerda.
- 2) Sobre a biópsia ganglionar cervical (do gânglio impalpável) como método diagnóstico de doença torácica ou estadiamento do câncer de pulmão é **INCORRETO** afirmar que
- a biópsia de Daniels se refere à biópsia da gordura pré-escalênica.
 - nas lesões do lobo superior esquerdo a biópsia deve ser bilateral.
 - a biópsia de Maloney se propõe à biópsia dos gânglios do ângulo júbulo-subclávios.
 - a zona linfática média do pulmão esquerdo é a única que teoricamente tem drenagem bilateral.
 - os gânglios da gordura pré-escalênica são desprovidos de pigmento antracótico e por isso não são representativos da drenagem linfática pulmonar.
- 3) É **CORRETO** afirmar, em relação às malformações congênitas pulmonares, que
- as hérnias de Morgani são defeitos diafragmáticos póstero-laterais.
 - a localização mais comum do enfisema lobar congênito é o lobo inferior direito.
 - a malformação adenomatoide cística é a lesão pulmonar cística congênita mais frequente.
 - a sequestração pulmonar se caracteriza pela presença de tecido pulmonar ectópico nutrido pela circulação pulmonar.
 - o tratamento de escolha da malformação adenomatoide cística é conservador, na maioria absoluta, devido ao mínimo índice de complicações.
- 4) A radiografia de tórax efetuada após 36 horas de vida de uma criança, por apresentar disfunção respiratória progressiva, revelou hiperinsuflação do lobo superior esquerdo. É **CORRETO** afirmar que
- o tratamento cirúrgico é mandatório.
 - a drenagem torácica é o tratamento de escolha.
 - o diagnóstico provável é enfisema lobar congênito.
 - o diagnóstico provável é sequestração pulmonar intralobar.
 - o diagnóstico provável é malformação adenomatoide cística.
- 5) Com relação às hérnias diafragmáticas, pode-se afirmar que
- as mais comuns são as de Morgani, defeitos diafragmáticos retroesternais.
 - as hérnias de Bochdalek, defeitos do diafragma póstero-laterais, localizam-se, geralmente, à direita.
 - as hérnias de Morgani, geralmente, apresentam-se no período neonatal precoce por insuficiência respiratória grave.
 - as hérnias de Bochdalek costumam manifestar-se por abdome escavado e insuficiência respiratória grave.
 - a correção das hérnias de Bochdaleck costuma ter bons resultados cirúrgicos, pois os pulmões não estão comprometidos.
- 6) A descrição que **NÃO** está associada à fistula pulmonar arteriovenosa é
- a fistula ocorre por intolerância aos exercícios físicos.
 - a fistula é, geralmente, irrigada por uma artéria brônquica.
 - pode estar associada a hemotórax espontâneo ou hemoptise.
 - as manifestações clínicas são decorrentes do curto-circuito (*shunt*).
 - é obrigatória a exclusão de malformações arteriovenosas do SNC durante a investigação.

7) Escolar de sete anos de idade com síndrome clínico-radiológica de derrame pleural parapneumônico e com indicação de toracocentese. O exame radiológico mais apropriado para orientar este procedimento é

- a) radiografia do tórax em expiração.
- b) ressonância magnética do tórax.
- c) ultrasonografia do tórax.
- d) radiografia do tórax em perfil.
- e) tomografia computadorizada do tórax de alta resolução.

8) Sobre a avaliação clínica do risco cirúrgico do paciente que vai ser submetido a uma cirurgia torácica é **CORRETO** afirmar que

- a) a PaCO₂ é o melhor indicador de ventilação alveolar.
- b) a PaO₂ é o melhor indicador de ventilação alveolar.
- c) a retenção de CO₂ é muito comum quando a VEF1 excede a 1L.
- d) a hipoxemia tem a mesma importância que a hipercapnia para a decisão cirúrgica.
- e) uma DLCO acima de 60% do predito está associada à morbidade e à mortalidade aumentada.

9) É **INCORRETO** afirmar sobre a avaliação funcional pré-operatória que

- a) os parâmetros espirométricos mais importantes são VEF1, CVF e VEF1/CVF.
- b) o limite teórico para tentativa de ressecção limitada foi estabelecido como VEF1 < 0,6L.
- c) a hipoxemia não tem a mesma importância que a hipercapnia para a decisão cirúrgica.
- d) paciente com VEF1 maior que 1,5L pode ser considerado apto para qualquer tipo de ressecção.
- e) no teste de exercício, o consumo máximo de O₂ (VO₂max) de 20mL/Kg/min coloca o paciente na categoria de baixo risco.

10) Paciente do sexo masculino, 67 anos, submetido a uma pneumonectomia direita intrapericárdica por um carcinoma epidermoide. É **CORRETO** afirmar em relação ao risco de arritmias no pós-operatório deste paciente que

- a) a maioria absoluta das arritmias observadas é supraventricular.
- b) a maioria absoluta das arritmias observadas é ventricular.
- c) a profilaxia de arritmias não está indicada neste caso.
- d) a ocorrência de arritmias em pós-operatório de pneumonectomia é de 5%.
- e) a ocorrência de fibrilação atrial é rara em pós-operatório de pneumonectomia.

11) Criança de dois anos, sexo masculino, em tratamento para extensa pneumonia bilateral, com pneumatoceles à direita. Pequeno derrame pleural à esquerda. Febre persistente, 72 horas depois de iniciada a administração de vancomicina. Leucocitose e desvio à esquerda. Por punção pleural, aspirou-se 250 ml de líquido levemente turvo, com 100% de neutrófilos; pH: 6.80; LDH: 1200 U/l; Glicose: 30 mg% e bacterioscópico: cocos gram (+), Cultura: estafilococo dourado. A próxima e melhor conduta a ser adotada é

- a) toracocenteses repetidas.
- b) toracotomia com descorticação precoce.
- c) videotoracoscopia com drenagem fechada.
- d) drenagem fechada e posterior drenagem aberta.
- e) drenagem pleural fechada + injeção de fibrinolíticos intrapleurais.

12) Na investigação de um derrame pleural, há indicativo de tuberculose, se o líquido pleural apresentar,

- a) proteína sérica / proteína pleural > 0,5, ADA 30 U/L, células mesoteliais > 5%.
- b) eosinófilos > 80%, células mesoteliais > 5%, proteínas < 2,0 g/dl.
- c) LDH sérica / LDH pleural > 0,6, pH > 7,2, glicose > 100 mg%.
- d) linfócitos > 65%, ADA < 30 U/L, células mesoteliais < 5%.
- e) proteínas > 4,5g/dl, ADA > 80 U/L, células mesoteliais < 5%.

- 13)** O método de Clagett e Geraci é um procedimento que foi originariamente proposto para
- tratamento do empiema fase II.
 - tratamento do empiema na fase I.
 - tratamento do pneumotórax recidivante.
 - tratamento inicial do empiema pós pneumonectomia com fístula brônquica.
 - tratamento complementar definitivo do empiema pós-pneumonectomia sem fístula do coto brônquico.
- 14)** Os tumores do mediastino têm sua incidência relacionada ao segmento da divisão mediastínica. Os tumores de maior incidência nas seguintes regiões mediastino ântero-superior, mediastino médio e mediastino posterior são, respectivamente,
- Linfomas, linfomas e cistos.
 - Neoplasias tímicas, cistos e tumor neurogênico.
 - Tumores de células germinativas, carcinoma e tumores endócrinos.
 - Neoplasias tímicas, linfomas e tumor neurogênico.
 - Linfomas, tumor mesenquimal e cistos.
- 15)** Uma paciente de 56 anos foi submetida a uma ressecção de uma massa arredondada, frouxamente aderida aos tecidos do mediastino anterior e ancorada ao pólo inferior do timo. O laudo anatomopatológico revelou "timoma grau II" (estágio II da classificação de Masaoka). A conduta seguinte deve ser
- quimioterapia.
 - quimioterapia + radioterapia.
 - plasmaferese.
 - radioterapia.
 - observação clínica.
- 16)** Os tipos mais frequentes sobre os tumores malignos da traqueia são
- adenocarcinoma e cilindroma.
 - carcinoma mucoepidermoide e adenocarcinoma.
 - carcinoma epidermoide e carcinoma adenocístico.
 - tumor carcinoide e carcinoma de pequenas células.
 - carcinoma de grandes células e carcinoma adenocístico.
- 17)** É **INCORRETO** afirmar sobre os mesoteliomas que
- as maiores dificuldades diagnósticas ocorrem com o adenocarcinoma metastático.
 - esse tumor pode ocorrer em áreas previamente irradiadas.
 - o tratamento atual é multidisciplinar.
 - o único fator de risco conhecido é a exposição ao asbesto.
 - o tempo de latência entre a exposição ao asbesto e o surgimento do tumor pode variar de quatro a seis décadas.
- 18)** A invasão da parede torácica pelo câncer de pulmão é presumida quando há relato de dor contínua e de intensidade progressiva. Para esta situação é **CORRETO** afirmar que
- a presença de N1 ou N2 é associada com piora do prognóstico.
 - a TC de tórax é o método de imagem mais confiável nesta forma de invasão.
 - a maioria dos carcinomas que invade a parede é o carcinoma de pequenas células.
 - o achado microscópico de invasão da pleura parietal não aumenta o risco de recidiva local.
 - a presença de metástase ganglionar não interfere na chance de cura com a toracectomia na maioria das séries de revisão.

- 19)** Na investigação de metástases ósseas e do SNC, os exames de maior acurácia são, respectivamente,
- PET-SCAN e TC de crânio.
 - PET-SCAN e RNM de crânio.
 - cintilografia óssea e PET-SCAN.
 - cintilografia óssea e RNM de crânio.
 - cintilografia Neo SPECT e TC de crânio.
- 20)** Os mais frequentes tumores benignos da parede torácica são
- tumores desmoides, condroma e osteocondroma.
 - osteocondroma, condroma e cistos ósseos.
 - osteocondroma, condroma e displasia fibrosa.
 - osteocondroma, condroma e plasmocitoma.
 - lipoma, condroma e plasmocitoma.
- 21)** Com relação às zonas nodais (mapa da American Thoracic Society) para estadiamento do carcinoma brônquico, linfonodos localizados no ligamento pulmonar pertencem à Estação
- 11
 - 9
 - 8
 - 7
 - 4
- 22)** Paciente do sexo feminino, 39 anos, queixando de cansaço, desconforto respiratório progressivo, disfagia, ptose palpebral, diplopia apresentou na TC de tórax massa lobulada no 1/3 antero-superior central do tórax. A hipótese diagnóstica provável é
- tumor de Pancoast.
 - tumor seminomatoso.
 - teratoma.
 - timoma.
 - linfoma.
- 23)** Paciente de 19 anos, masculino, apresenta um quadro de febre que evoluiu com astenia, dispneia progressiva e com evidência radiológica de volumosa massa pré - traqueal com extensão no mediastino anterior até abaixo do arco aórtico. Os níveis séricos de Alfafetoproteína e β -HCG estavam bastante elevados. A mediastinoscopia com biópsia da massa revelou tratar-se de um tumor primitivo do mediastino. O diagnóstico provável é
- linfoma
 - teratoma.
 - seminoma.
 - neuroblastoma.
 - carcinoma de células embrionárias.
- 24)** O atual estadiamento do Câncer de Pulmão (7ª. Edição) recomendado pelo Comitê da International Association for the Study of Lung Cancer (IALSC) reagrupou os pacientes de acordo com as novas definições do TNM. Dentro destas, o descritor T foi subdividido em T1a e T1b, ficando o **T1b** definido como
- tumor > 3 cm.
 - tumor > 5 cm.
 - tumor entre 2 e 3 cm.
 - tumor > 3 cm e < 5 cm.
 - tumor de até 2 cm envolto por pleura visceral.

25) É **CORRETO** afirmar sobre o atual estadiamento do câncer de pulmão, baseado no sistema TNM (2009 - 7ª Edição), que

- a) T > 5,0 e < 7,0 cm classifica como T3.
- b) nódulo separado no mesmo lobo classifica como M1a.
- c) nódulo separado em lobo diferente ipsilateral classifica como T4.
- d) linfonodo mediastinal supraclavicular homolateral classifica como N2.
- e) invasão de corpo vertebral ipsilateral adjacente à lesão classifica como M1b.

26) Dos linfonodos mediastinais, as estações que podem ser biopsiadas por EBUS e EUS são, respectivamente,

- a) 1,3,7 e 10,11,12
- b) 2,4,5 e 7,10,11
- c) 8, 9,10 e 5,6,7
- d) 2,4,7,10,11 e 7,8,9
- e) 7,8,9 e 1,3,5

Considere o seguinte caso clínico para responder às questões **27, 28 e 29**:

Em um exame de rotina numa mulher de 72 anos, sem história de tabagismo, assintomática foi detectado nódulo de 2,0 cm na topografia do segmento VI do pulmão esquerdo. A broncofibroscopia com LBA foi inconclusiva. No estudo de imagem (PET-TC e RNM), o mediastino estava livre e não havia evidência de doença à distância. A espirometria era normal e foi indicada para tratamento cirúrgico. A nodulectomia diagnóstica (ressecção em cunha) por "VATS" revelou tratar-se de adenocarcinoma primário de pulmão.

27) A cirurgia proposta deve ser

- a) linguectomia.
- b) segmentectomia.
- c) lobectomia inferior esquerda.
- d) lobectomia superior esquerda.
- e) pneumonectomia standard esquerda.

28) Para o estadiamento clínico a classificação TNM é

- a) T1a N0 M0
- b) T1 N1 Mo
- c) T1b N0 M0
- d) T2 N0 M0
- e) T2a N0 M0

29) Após a realização da cirurgia definitiva e da comprovação histológica da ausência de doença linfonodal, o estadiamento patológico estabelecido será

- a) IB
- b) IIA
- c) IA
- d) IIB
- e) IIIA

30) A assertiva **CORRETA** sobre as técnicas de traqueostomia é

- a) a técnica convencional causa mais complicações precoces.
- b) a técnica percutânea é contraindicada em situação de emergência.
- c) a incidência de pneumotórax pós-traqueostomia é maior em adultos do que em crianças.
- d) a técnica percutânea de Fantoni é de fácil execução e não requer controle broncoscópico.
- e) a laceração da parede membranosa é a principal complicação precoce em todas as técnicas.

31) É **CORRETO** afirmar sobre a hiper-hidroze palmar primária que

- a) está sempre associada à hipertireoidismo.
- b) a hiper-hidroze compensatória pós simpatectomia é irreversível em todos os casos.
- c) a síndrome de Horner é uma complicação muito frequente pós-simpatectomia no nível T4.
- d) a simpatectomia torácica videotoracoscópica realizada no nível T3-T4 é a melhor opção de tratamento definitivo.
- e) a hiper-hidroze compensatória pós-simpatectomia ocorre em apenas de 5% dos pacientes submetidos à simpatectomia torácica.

32) As complicações **precoces e tardias**, respectivamente, da simpatectomia torácica videotoracoscópica são

- a) síndrome de Horner e lesão do plexo braquial.
- b) suor gustatório e pneumotórax.
- c) hemorragia e pneumotórax.
- d) hiper-hidroze reflexa e dor.
- e) quilotórax e suor gustatório.

33) A afirmação **CORRETA** sobre a cirurgia da traqueia é a seguinte:

- a) a infecção é um dos fatores mais importantes envolvidos na deiscência da anastomose traqueal.
- b) nas lesões traqueais pós-entubação, a cirurgia deve ser realizada o mais precocemente possível.
- c) a artéria inominada é a estrutura adjacente mais comumente lesada em cirurgia de traqueia.
- d) a avaliação da função e da anatomia laríngea na cirurgia da traqueia não é imprescindível.
- e) o tubo T de Montgomery é contraindicado em caso de re-estenose.

34) A informação **CORRETA** sobre o procedimento de Chamberlain é que

- a) é um procedimento utilizado para esvaziamento mediastinal.
- b) é um procedimento endoscópico para acesso ao mediastino.
- c) permite acesso aos linfonodos das estações 5 e 6.
- d) é um procedimento alternativo para acesso aos linfonodos das estações 7.
- e) é um procedimento alternativo para acesso aos linfonodos das estações 4L.

35) Em relação à origem da célula tumoral dos tumores benignos do pulmão, a sequência respectiva **CORRETA** para **origem desconhecida, origem epitelial e origem mesenquimal** é

- a) teratoma, leiomioma e lipoma.
- b) hamartoma, pólipos e lipoma.
- c) hemangioma, fibroma e hamartoma.
- d) papiloma, hamartoma e tumor de células claras.
- e) condroma, hamartoma e tumor de células claras.

36) Quando comparamos os resultados da toracotomia aberta com a cirurgia torácica videoassistida, podemos concluir que a segunda apresenta:

- a) Importante redução na mortalidade.
- b) Uma recuperação mais lenta da função respiratória.
- c) Uma significativa diminuição da capacidade em tolerar a quimioterapia.
- d) Um retorno mais rápido as suas atividades profissionais e sociais.
- e) Nenhuma das respostas cima.

37) Você faz diagnóstico de neoplasia maligna do pulmão classificada como tumor de Pancoast, que não apresenta metástases. Na avaliação pré-operatória não há comorbidades importantes e constata uma boa função pulmonar. Diante deste caso, a melhor opção para o tratamento é a

- a) Lobectomia seguida de radioterapia.
- b) Quimioterapia de indução e ressecção cirúrgica.
- c) Pneumonectomia com esvaziamento linfonodal do mediastino.
- d) Quimioterapia e radioterapia seguida de ressecção cirúrgica.
- e) Ressecção cirúrgica com quimioterapia e radioterapia complementares.

38) Você realizou uma toracostomia com drenagem fechada realizada para tratamento de um empiema pleural fase I. Seu paciente apresentou melhora significativa com o tratamento clínico/cirúrgico instituído e está com o pulmão expandido. Nesse quadro, para retirar o dreno torácico o critério adotado é drenagem

- a) menor que 10 mL/24.
- b) de 50 mL/24 horas ou menos.
- c) de 150 mL/24 horas ou menos.
- d) de 350 mL/24 horas ou menos.
- e) de 450 mL/24 horas ou menos.

39) Num paciente de 54 anos você faz o diagnóstico de carcinoma neuroendócrino linfocitoide do pulmão. A opção de tratamento para este caso é

- a) Imunoterapia.
- b) Somente a quimioterapia.
- c) Quimioterapia e radioterapia.
- d) Cirurgia seguida de quimioterapia.
- e) Cirurgia com ressecção da massa tumoral.

40) Você atende a um paciente com estenose da traqueia após intubação prolongada. Opta pela ressecção de toda estenose para o tratamento efetivo. No planejamento cirúrgico você poderia ressecar, com segurança, o percentual da traqueia de até

- a) 10%.
- b) 20%.
- c) 30%.
- d) 40%.
- e) 50%.

41) O tumor que tem maior probabilidade de ser encontrado no mediastino anterior é

- a) Fibrossarcoma.
- b) Ganglioneuroma.
- c) Feocromocitoma.
- d) Cisto pleuropericárdico.
- e) Tumor de células germinativas.

42) Em um paciente com massa no mediastino anterior, encontram-se níveis normais de alfafetoproteína e níveis minimamente elevados de beta-gonadotrofina coriônica. Esses achados têm maior probabilidade de ocorrer no

- a) Timoma.
- b) Seminoma.
- c) Teratoma.
- d) Coriocarcinoma.
- e) Carcinoma de células embrionárias.

43) Você realizou a drenagem fechada de um quilotórax e constatou que a drenagem nas últimas vinte e quatro horas foi de 1000 ml. A perda estimada de proteína neste volume é de

- a) 8 a 12 gramas.
- b) 25 a 50 gramas.
- c) 70 a 90 gramas.
- d) 100 a 125 gramas.
- e) Não há perda proteica.

44) A infecção, causa significativa para a etiologia das bronquiectasias, é denominada

- a) Rinovírus.
- b) *Aspergillus*.
- c) Estafilococos.
- d) Pneumococos.
- e) Infecções por micobactérias não tuberculosas.

45) A melhor opção de tratamento inicial para o tamponamento cardíaco traumático em um paciente com pressão sistólica de 90 mmHg é

- a) Ecocardiograma de controle e atitude expectante.
- b) Drenagem pericárdica guiada por ultrassonografia.
- c) Realizar a toracoscopia na sala de trauma para drenagem pericárdica.
- d) Toracotomia de emergência na sala de trauma com pericardiotomia e reparação da lesão.
- e) Administrar soro fisiológico para estabilizar a pressão arterial e levar o paciente para a sala de operações para tratamento definitivo.

46) Você atende a uma mulher, atleta, de 29 anos, vítima de queda de motocicleta. Ao exame físico, você constata dor torácica; taquicardia de 160 bpm; intensa dispneia e taquipnia com 26 ipm; turgência de jugulares; sudorese e cianose. Na inspeção encontra área de escoriação e hematoma na região anterolateral do hemitórax direito ao nível do sexto espaço intercostal, com importante crepitação. A ausculta cardiorrespiratória mostra ausência do murmúrio vesicular no hemitórax direito e ritmo cardíaco regular em dois tempos.

Diante deste quadro seu diagnóstico e sua conduta terapêutica são, respectivamente,

- a) Hemopneumotórax hipertensivo. Toracocentese descompressiva seguida de toracostomia com drenagem em selo d'água.
- b) Hemotórax traumático. Assistência respiratória por pressão positiva com reposição volêmica imediata.
- c) Tamponamento cardíaco. Pericardiocentese descompressiva seguida de pericardiotomia.
- d) Tórax instável. Intubação traqueal com ventilação por pressão positiva.
- e) Embolia pulmonar. Assistência respiratória e anticoagulante.

47) Você examina um paciente de 81 anos. Encontra na tomografia realizada um aneurisma, comprometendo a maior parte da aorta torácica descendente e aorta abdominal proximal às artérias renais. Na discussão deste caso clínico constatou-se que é Classificação de como:

- a) Nyhus II.
- b) Beauchamp I.
- c) Crawford I.
- d) Mattox II.
- e) Townsend II.

48) No seu ambulatório você atende a um paciente com 67 anos, deputado federal, com queixa de dor torácica inspiratória moderada no hemitórax direito, que se iniciou há três meses com aumento progressivo. Refere ser tabagista de um maço de cigarros por dia por mais de 60 anos. É alcoólatra social moderado para fermentados e destilados. Suas condições sociais são da classe média alta. O exame físico mostra o paciente em boas condições clínicas e nutricionais, com sinais vitais e funções fisiológicas normais e estáveis. A ausculta respiratória está com MV diminuído em terço superior direito. Uma tomografia computadorizada do tórax mostra uma imagem de hipotransparência, medindo 8x6x5 centímetros, no terço superior do pulmão direito com íntima relação com coluna.

Diante deste quadro clínico, a sua hipótese diagnóstica, sua conduta propedêutica e melhor opção de tratamento são, respectivamente,

- a) Tuberculose pulmonar; pesquisa de BK no escarro e PPD; tratamento com esquema tríplice.
- b) Sequestro pulmonar; ressonância nuclear magnética do tórax; embolização arterial.
- c) Neoplasia maligna do pulmão; broncoscopia com lavado e escovado, mais exame citopatológico, radioterapia seguida de lobectomia superior direita.
- d) Neoplasia benigna do pulmão; broncoscopia com biópsia ou lavado e escovado, mais exame anatomopatológico e lobectomia superior esquerda.
- e) Abscesso pulmonar; ressonância nuclear magnética do tórax, broncoscopia com drenagem endobrônquica e esquema de antibióticos direcionados pela cultura e antibiograma com drenagem intrabrônquica.

49) Você atende a um paciente com hemoptise com volume superior a 650 ml nas últimas 24 horas. Qual a conduta terapêutica inicial que você instituiria?

- a) A broncoscopia rígida com aspiração e lavagem com água gelada do sítio da lesão.
- b) Tratamento por broncoscopia rígida e ablação com laser da lesão com sangramento.
- c) A angiografia, guiada pelo arco em C, com embolização da artéria brônquica.
- d) O tratamento por toracotomia com controle cirúrgico do sangramento.
- e) Nenhuma das respostas acima.

50) Você faz diagnóstico de pneumotórax aberto e indica como tratamento inicial o seguinte procedimento

- a) Drenagem torácica fechada, colocando o dreno pela ferida, com um curativo oclusivo.
- b) Fechamento da ferida, entubação do paciente com pressão positiva e sedação.
- c) Drenagem torácica com o dreno colocado em uma área íntegra junto ao ferimento.
- d) Curativo oclusivo sobre a ferida fixado em três pontas.
- e) Nenhuma das respostas acima.