**TRATAMENTO ALTERNATIVO AO PACIENTE COM SÍNDROME DO QUEBRA-NOZES: VIA ENDOVASCULAR**

Yan Gondim de Sousa¹\*, Júlio Farias Rangel¹, Antônio Carlos Lima da Silva Júnior¹, Maria Fernanda Lopes da Silva¹, Adriana da Silva Alves¹ - Liga Acadêmica de Cirurgia e Anatomia - Universidade Estadual do Ceará¹ - Ceará

Objetivos:Explicitar a abordagem cirúrgica endovascular no paciente com Síndrome do Quebra-Nozes (SQN); Analisar a fisiopatologia e a evolução do paciente com SQN; Comparar a eficácia do tratamento endovascular a outros cirúrgicos; Descrever a técnica endovascular no paciente com SQN; Identificar complicações associadas a abordagem endovascular no paciente com SQN;

Métodos: A busca dos artigos se constituiu numa consulta na base de dados PUBMED utilizando os descritores: (Endovascular Procedures) AND (Renal Nutcracker Syndrom), sendo encontrados 26 artigos. Os critérios de inclusão foram: recorte temporal dos últimos 10 anos e compatibilidade com os objetivos da pesquisa. Excluímos relatos de casos e artigos que divergiam da temática, resultando em 7 artigos que atenderam aos critérios.

 Resultados: Segundo os artigos, é possível concluir que a Síndrome de Quebra-Nozes (SQN) decorre da compressão da veia renal esquerda (VRE) ocasionada principalmente por estenose da região aorto-mesentérica. Podendo levar a hipertensão venosa, varizes aórticas e na pelve renal, acarretando hematúria e proteinúria ortostática. Ainda, pode-se incluir congestão pélvica em mulheres e varicocele em homens.

Quando ocorre estreitamento da região aorto-mesentérica, recebe-se o nome de SQN anterior. É possível, também, haver compressão da VRE pela aorta e a coluna vertebral, sendo uma SQN posterior. Também foi descrita uma trajetória circum-aórtica da VRE, com a compressão no compartimento anterior e posterior.

Faz-se um acesso percutâneo da veia femoral comum direita ou esquerda para realizar o cateterismo da VRE. O acesso também pode ser feito pela veia jugular interna para facilitar a canulação da VRE. O fio é direcionado para a veia gonadal esquerda, permitindo-se aquisição suficiente para a entrega da bainha. Após o posicionamento da bainha na estenose, o fio é direcionado para a VRE, o stent é centrado na estenose e implantado após a bainha ser retirada.

O tratamento para SQN ocorre de acordo com a sintomatologia, sendo os conservadores os mais utilizados. Porém, o manejo cirúrgico é frequentemente necessário para corrigir a causa anatômica subjacente da compressão venosa. Ocorrendo por cirurgia aberta, laparoscopia ou endovascular. A endovascular se apresenta com representativa eficácia e destaca-se por evitar anastomose adicional, dissecção cirúrgica extensa e períodos de congestão renal envolvidos em cirurgia aberta.

Apesar dos prognósticos positivos associados ao tratamento endovascular, tal cirurgia não é isenta de riscos, sendo o principal deles a migração do *stent*, que pode se direcionar para região hilar da veia renal esquerda, veia cava inferior, átrio direito ou artérias pulmonares, por exemplo. Além dessa, foram relatadas ocorrências de reestenose do *stent* e trombose associadas à essa abordagem cirúrgica.

Conclusão: Portanto, a abordagem endovascular torna-se uma boa alternativa em comparação com os outros tratamentos cirúrgicos. Entretanto, não há tantos estudos que favoreçam a evidência clara da eficácia em comparação com outros métodos. Necessita-se que mais pesquisas sejam elaboradas para consolidação do método.