**PERSPECTIVAS ATUAIS DA SÍNDROME DE BUDD-CHIARI**

Ana Carolina Pereira De Araujo Dos Anjos ; Andréa Leite Nascimento Andrade¹; Armando Gabriel Machado Arruda¹; Maria Eduarda Magalhães Prado Pedrosa¹; Mirella Vidal Félix de Andrade ¹; Luan Kelves Miranda de Souza².

1- Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí (FAHESP) / Instituto de Ensino Superior do Vale do Parnaíba (IESVAP).

2- Docente da Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí (FAHESP)/ Instituto de Ensino Superior do Vale do Parnaíba (IESVAP)..

Trabalho transdisciplinar e outros.

ana.alucy@hotmail.com

RESUMO – **Introdução:** O fígado é o maior órgão do corpo, pesando aproximadamente 1,5 Kg no indivíduo adulto, e ocupando aproximadamente 2% do peso corporal total. Nesse sentido, tal órgão possui relação com todo o organismo, podendo citar especialmente o estômago, pâncreas, baço, intestino grosso e delgado, além do próprio coração. A unidade funcional do fígado é o lóbulo hepático, construído em torno de uma veia central que drena para as veias hepáticas e então, para a veia cava. A obstrução das veias que fazem a drenagem desse órgão, principalmente ao nível das veias hepáticas e da veia cava inferior pode levar à Síndrome de Budd-Chiari (SBC), que apesar de ser rara nos países ocidentais, o estudo de tal condição tem sido bem explanado, devido à baixa taxa de sobrevida, nos casos não tratados. **Objetivos:** Elucidar as perspectivas atuais associadas a Síndrome de Budd-Chiari. **Métodos:** Foi realizada a busca de artigos publicados entre os anos de 2015 e 2019, executados em humanos, e com texto de livre acesso, na base de dados PubMed, com os descritores: “*Syndrome”*, e “*Budd-Chiari”*, utilizando o operador booleano “AND”. Dos 122 artigos encontrados, foram selecionados apenas os estudos que apresentavam as definições, patologia, além de formas atuais para diagnóstico e tratamento da SBC. Ao final, foram selecionados 9 artigos para a revisão. **Análise crítica:** Resultados apontam a Síndrome de Budd-Chiari como doença rara nos países ocidentais, caracterizada pela oclusão trombótica ou não trombótica do fluxo venoso hepático. Nesse caso, uma obstrução desse fluxo provocará deficiência na drenagem do fígado, principalmente ao nível das veias hepáticas e da veia cava inferior, levando a uma hipertensão portal com hepatomegalia. Sendo assim, a congestão do fluxo sanguíneo no fígado aumenta a pressão sob a veia porta, veia gástrica, veia esplênica, veia mesentérica superior e inferior, além da veia cava, o que pode levar à danos diretos na circulação cardíaca e corporal, além de interromper a absorção e metabolização de substâncias endógenas e exógenas. As lesões detectadas em veias hepáticas foram classificadas como estenose segmentar; oclusão segmentar; estenose membranosa; oclusão membranosa; oclusão tipo cordão ou não visualizada, e as detectadas em veia cava inferior foram classificadas como oclusão segmentar; estenose segmentar; oclusão membranosa; estenose membranosa e estenose induzida por hepatomegalia. No entanto, a síndrome pode ser classificada de acordo com a etiologia (primária ou secundária), quanto ao curso clínico (aguda ou crônica) e quanto a morfologia (truncal, radicular e venooclusiva). O diagnóstico clínico pode ser feito a partir de manobras que percebam hepatomegalia, dor abdominal, edema, anastomoses, e ascite, porém, faz-se necessário exames de imagem para a confirmação. Constatou-se que a ressonância magnética de veias hepáticas demonstrou ser inferior a ultrassonografia quanto a detecção de oclusões, e não houve diferença significativa quanto a detecção de lesões segmentares e trombose, contudo, quanto a capacidade de detectar lesões membranosas a angiografia por subtração digital foi mais eficiente que a ressonância magnética. Suas opções terapêuticas incluem procedimento cirúrgico; trobólise; dilatação e stent de balão, para casos diagnosticados precocemente, sobrando apenas o transplante hepático nos casos graves. Um dado relevante é que cerca de 90% dos pacientes que não aderem ao tratamento, tem uma sobrevida de 3 anos aproximadamente, principalmente devido a complicações como cirrose hepática, sendo que as taxas de sobrevida em pacientes tratados é de aproximadamente 42 a 100%. **Conclusão:** Nesse sentido, pode-se concluir que apesar da SBC ser rara nos países ocidentais, faz-se necessária a familiarização com o tema, uma vez que as taxas de sobrevida de pacientes tratados e não tratados são discrepantes.

**Palavras-chave:** Síndrome, Budd-Chiari, Circulação hepática.