

VARICOTROMBOFLEBITIS DE LOS MIEMBROS INFERIORES: FACTORES DE RIESGO Y PRINCIPIOS PARA UNA TERAPEUTICA RACIONAL *

A. QUIROLI

Ospedale Provinciale «Destra Sacchia»

Divisione di Chirurgia Generale (Primario: Prof. Antonio Quirolì)

Presidio Ospedaliero di Poggio Rusco (Mantova). Italia

La Varicotromboflebitis, considerada por muchos autores y por la mayoría de los textos de Angiología y de Cirugía Vascular (5, 6, 18, 19, 20) como una complicación benigna de las varices de los miembros inferiores, constituye por el contrario una afección a veces de alto riesgo. En efecto, se caracteriza por una potencial imprevisible evolución y quizá ocasionar consecuencias gravísimas, entre ellas la embolia pulmonar (1, 7, 10, 14, 15, 17, 19, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30).

A tal fin hay que recordar que **Pataro** (1956-1974) ha hecho notar que la mayoría de los cirujanos se contentan con tratar la varicotromboflebitis con la sola ligadura de la safena y de alguna de sus colaterales con la engañosa convicción de detener así la progresión de la trombosis hacia la circulación profunda. Esto no se corresponde con la verdad, dado que la trombosis puede difundirse a la circulación profunda no sólo a través de los cayados o uniones safeno-femorales o safeno-poplíteas, sino a través de las venas perforantes que, como los cayados, están en comunicación directa con las venas profundas del miembro. Esto queda demostrado por el no raro hallazgo operatorio de **venas perforantes insuficientes trombadas**. En realidad, las uniones safeno-femoral y safeno-poplíteas no son otra cosa que grandes perforantes (fig. 1). Se recuerda que las perforantes son ubicuitarias y en patología varicosa su insuficiencia representa el 70-75 % (20, 30).

La varicotromboflebitis de los miembros inferiores se cura, según diversos autores, mediante la simple **terapéutica médica** (antiinflamatorios y vendajes elasto-compresivos) con o sin pequeñas intervenciones quirúrgicas ambulatorias (ligadura alta de la safena con incisiones y exprimir luego los sacos trombados) (3, 4, 5, 6, 34).

* Traducido del original en italiano por la Redacción.

No obstante, no faltan autorizadas voces que consideran la **terapéutica quirúrgica radical de las varices como única solución lógica y racional de la varicotromboflebitis**.

Esto ya se afirmó, en 1956, en el Congreso Latino-Americano de Angiología de La Habana (Cuba), por **Linton** y **Pataro**. Otros autores son del mismo

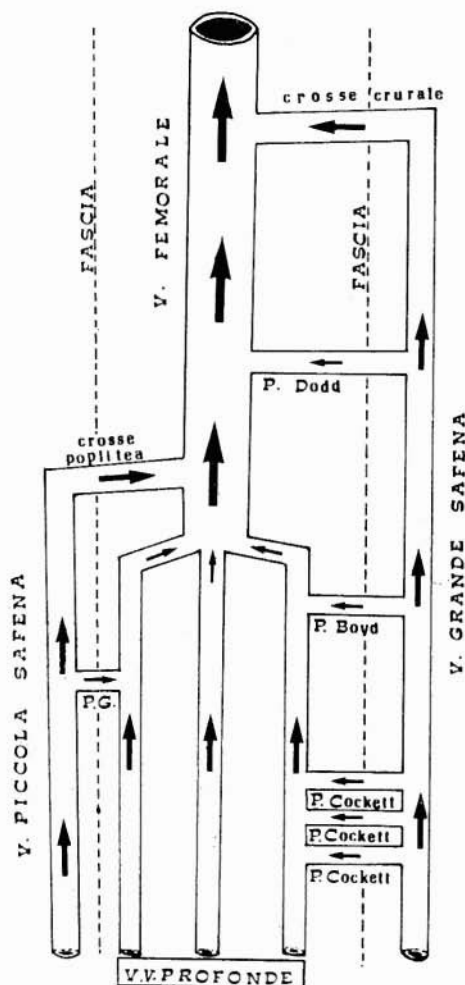


FIG. 1.— Esquema de la circulación venosa del miembro inferior (HAEGER, modificado por QUIROLI, 1980). Las dos líneas verticales a trazos interrumpidos representan la aponeurosis profunda del miembro que cubre los músculos, aponeurosis que está atravesada por las venas perforantes que establecen comunicación entre las venas superficiales subcutáneas (sistema de las safenas) con las venas profundas (femoral, poplítea, tibiales, peroneas). La unión safeno-femoral o safeno-poplítea (cayado crural y cayado poplíteo) no son más que dos grandes perforantes. En condiciones normales el flujo va directamente del sistema superficial al profundo.

parecer, sobre todo por el riesgo que una varicotromboflebitis inadecuadamente curada comporta (1, 7, 8, 9, 10, 31, 32).

Hobbs, en 1981, se expresa así: «A veces la tromboflebitis superficial es extensa y se extiende proximalmente con rapidez en una gran safena dilatada. Esta dolorosa condición es potencialmente peligrosa dado que puede afectar a las venas profundas y, desde el sector libre del trombo que se proyecta en las venas profundas, puede surgir la embolia pulmonar... Cuando el autor se le presenta un caso similar (tras 7-10 días de su aparición), practica una operación «standard» lo más pronto posible, como para las varices... Con este procedimiento quirúrgico de urgencia el dolor y los riesgos desaparecen de inmediato y queda tratada la causa fundamental de la enfermedad, de forma que no se hace necesario ningún otro tratamiento... Este proceder activo reduce la mortalidad y el paciente retorna a la vida (social) con rapidez.»

Estos conceptos han sido expuestos muchas veces por **Quirolí** desde 1977 a la actualidad, poniendo en evidencia los aspectos clínico-evolutivos, estadístico-epidemiológicos y, por último, los socio-económicos (25, 26, 27, 28, 29, 30).

Principios directivos para una terapéutica racional de la varicotromboflebitis

Para comprender mejor el tratamiento de cualquier forma de varicotromboflebitis es necesario partir de la definición, de la cual cabe comprender la potencial evolución de la enfermedad y la inutilidad de algunos procedimientos médicos conservadores.

Definición: Trombosis intravaricosa aguda acompañada en general de periflebitis aséptica reactiva. Tal proceso, de inicio segmentario, puede extenderse a todo el árbol safeno, a las colaterales, a las perforantes y a la circulación profunda.

Errores terapéuticos: 1.º Reposo absoluto en cama (facilita las complicaciones). 2.º Antibioterapia sistemática (sólo es útil cuando existe infección comprobada). 3.º Anticoagulantes (inútiles y peligrosos sin operación). 4.º Emplastos calientes o de alcohol (no es un absceso a madurar). 5.º Uso ridículo de tónicos venosos.

La absoluta inutilidad de los **antibióticos**, fuera de una intervención o de una infección confirmada, aparte de la experiencia personal, se comprueba que **el cultivo bacteriológico de las venas trombosadas siempre es negativo**. La varicotromboflebitis es una complicación de las varices asépticas, como entre otros autores han demostrado **Pataro** y **Hobbs**.

Dicho todo esto, **los principios para un tratamiento lógico y racional de tal complicación deben basarse en los criterios que siguen:**

1.º Edad del paciente. 2.º Etiología y factores desencadenantes de la varicotromboflebitis. 3.º Localización anatómo-topográfica. 4.º Características evolutivas y factores de riesgo.

1.º **Edad del paciente.** De un reciente estudio efectuado por mí, en 1980, sobre 183 casos intervenidos en el bienio 1977-1978, queda manifiesto que la

varicotromboflebitis es una complicación de las varices de la **edad adulta avanzada**, con preferencia por las décadas entre la quinta y octava y por el sexo femenino (71,6 %).

En los decenios 7.º y 8.º las intervenciones por varicotromboflebitis superan por completo a cualquier otra forma de varices (fig. 2).

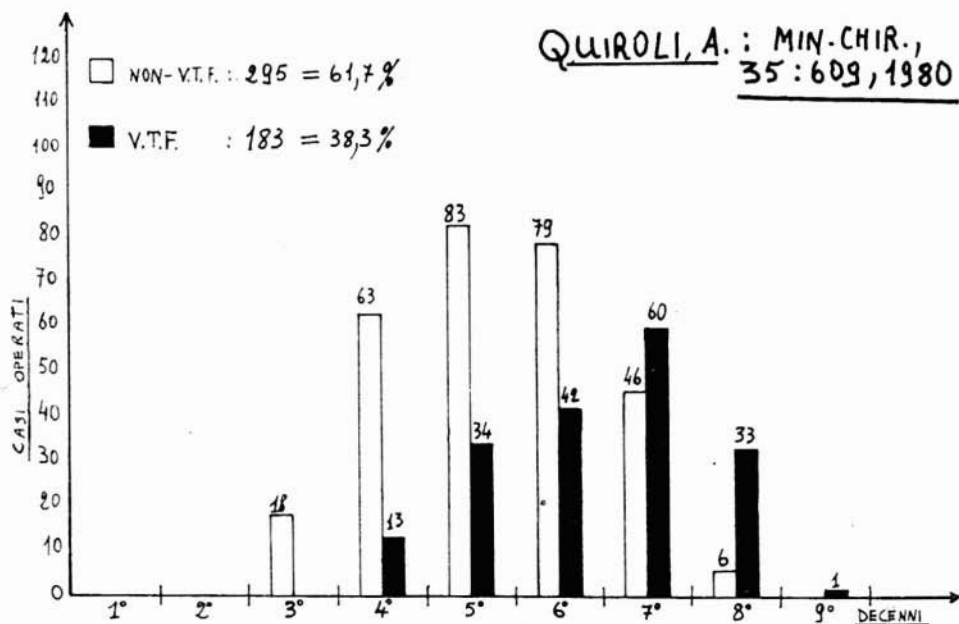


FIG. 2.— Distribución nosológica de las varices operadas en el bienio 1977-1988 según la edad (en decenios). La incidencia de los casos de varicotromboflebitis se inicia en el 4.º decenio, con una frecuencia creciente hasta superar, del 7.º decenio en adelante, la incidencia de los casos sin varicotromboflebitis.

En los datos de la figura 2 se observa que el aumento de incidencia de la varicotromboflebitis con la edad responde **por una parte** a los criterios etio-patogénicos enunciados por **Virchow**, válidos para cualquier forma de trombosis: *a)* alteración de la pared vascular, *b)* enlentecimiento del flujo sanguíneo, y *c)* aumento de la viscosidad sanguínea, cuyos tres factores coexisten en todos los varicosos, sobre todo en edad avanzada; y **por otra**, incita a una terapéutica quirúrgica radical, siendo los factores desencadenantes de la trombosis por lo general desconocidos o no seguros.

En efecto, en los 350 casos diferentemente tratados por **Müller y Rosenbreg**, el 75 % está constituido por varicotromboflebitis esenciales y sólo un 25 % reconoce una causa o factor desencadenante determinado.

En los sujetos de edad joven-adulta, por contra, en los que la varicotromboflebitis es casi omisible, las **causas desencadenantes** son en general evidentes y consisten en traumatismos, acciones iatrogénicas, etc. (tabla I); casos en que la cirugía, aunque preferible, puede ser sustituida en algunos de ellos por una **terapéutica médica transitoria** (tabla II), que es capaz de frenar el curso de la trombosis pero no de las varices, que deben ser tratadas quirúrgicamente lo más pronto posible a fin de evitar la recidiva que constituye una de las cuatro **complicaciones de la varicotromboflebitis**, que son: a) Extensión del proceso tromboflebítico a las venas profundas, b) embolia pulmonar, c) síndrome postrombótico, y d) varicotromboflebitis recidivante.

TABLA I

FACTORES DESENCADENANTES DE VARICOTROMBOFLEBITIS

1. Pueden faltar del todo (pacientes ancianos).
 2. Traumatismos directos.
 3. Esfuerzo.
 4. Rascaduras.
 5. Embarazo.
 6. Parto.
 7. Intervenciones quirúrgicas.
 8. Prolongada estancia en cama.
 9. Uso indiscriminado de contraceptivos estroprogestínicos.
 10. Infusiones venosas (flebografía, fleboterapia infusiva, escleroterapia).
-

TABLA II

TERAPEUTICA MEDICA DE LA VARICOTROMBOFLEBITIS

Válida en ocasiones en las *formas distales* y a prescribir en las *formas proximales y masivas*.

1. Antiinflamatorios no esteroideos.
2. Vendaje elasto-adhesivo.
3. Deambulacion. No inmovilizacion en cama.
3. Eventualmente, pero no necesaria en absoluto, terapeutica con *fibrinolíticos, heparina, Dextrano* de bajo peso molecular.

No son necesarios los antibióticos, salvo en el caso de infección o con fiebre (varicotromboflebitis séptica).

2.º Etiología y factores desencadenantes de la varicotromboflebitis. De la tabla I, donde están representados los factores desencadenantes, cabe deducir las siguientes consideraciones: en cuanto se refiere a las **formas «esenciales»**, típicas de los ancianos, donde la triada de **Virchow** constituye el «*primum movens*», el tratamiento quirúrgico «*d'embrée*» de las varices es sin más lo más indicado. En ninguna otra forma como en ésta existe el peligro de la recidiva, de la difusión al sistema profundo y por tanto de la embolia pulmonar y del síndrome postromboflebítico. Por otra parte, la varicotrom-

boflebitis en el anciano cursa con apenas dolor y con sorpresas, tal la rápida transformación de una forma distal en una proximal o masiva con grandes probabilidades de embolia pulmonar.

En las **formas de etiología conocida**, el tratamiento más seguro es siempre la cirugía radical, ya sea por que la determinación de la real extensión de la trombosis es a menudo difícil, ya por que el elemento desencadenante de la varicotromboflebitis, dañando ulteriormente el aparato valvular del árbol safeno, puede favorecer con mayores posibilidades la propagación del trombo al sistema profundo, su desprendimiento y la embolización.



FIG. 3.

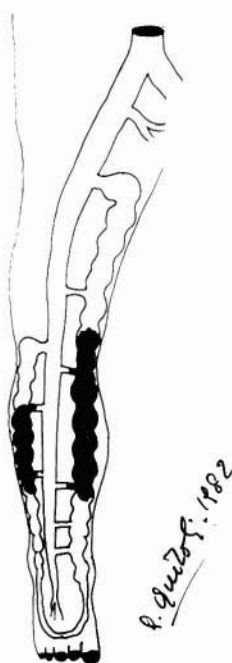


FIG. 4.

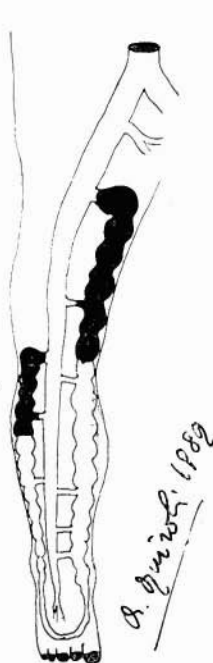


FIG. 5.



FIG. 6.

FIG. 3. — Varicotromboflebitis distal de la safena interna y de la externa. El tratamiento médico con antiinflamatorios y vendaje elasto-compresivo puede a menudo detener transitoriamente el proceso trombótico, pero no soluciona de modo radical la enfermedad base, las varices, fuente de otros eventuales procesos tromboflebíticos, en especial en los sujetos de edad avanzada (varicotromboflebitis recidivante).

FIG. 4. — Varicotromboflebitis media. En esta forma la extensión de la trombosis, tanto proximal como profundamente, es una eventualidad imprevisible, sobre todo en los ancianos.

FIG. 5. — Varicotromboflebitis proximal. En esta forma la terapéutica quirúrgica radical se impone por los bien conocidos factores de riesgo.

FIG. 6. — Varicotromboflebitis proximal masiva con trombosis de los cayados y de las perforantes. La cirugía radical, la precocísima movilización del paciente, la terapéutica antiflogística y fibrinolítica adecuada, el vendaje elasto-compresivo inmediato, son los únicos remedios contra la embolia pulmonar y el síndrome posttromboflebítico.

3.º **Localización anatomo-topográfica de la varicotromboflebitis.** De notable importancia, **a los fines de un correcto tratamiento**, es el reconocimiento de los distintos niveles hasta donde alcanza la trombosis en el árbol safeno, que puede estar afectado en los sectores distal, medio y proximal o en forma masiva (figs. 3, 4, 5 y 6).

No siempre es posible reconocer el nivel de la trombosis dado que, como afirman **Martin** y cols. (1962), en las **formas proximales** «la vena safena no es palpable ni dolorosa a la compresión» hasta que no se produzcan fenómenos periflebíticos.

Si las **formas distales** pueden ser tratadas transitoriamente por medios médicos conservadores (antiflogísticos, más vendajes compresivos elásticos y deambulación), las **medias y proximales**, es decir las por encima de la rodilla o en la vecindad poplítea y sobre todo en las formas masivas, tienen **como única terapéutica segura la cirugía radical** de las varices (1, 14, 15, 22, 23).

En cuanto se refiere a las **formas distales** no es superfluo afirmar que cuanto antes se intervienen de manera radical tanto más se hace profilaxis de la complicación varicotromboflebítica constituida por la recidiva tromboflebítica (15 %, según **Agrifoglio**). En efecto, si por una parte la trombosis destruye las válvulas ya precarias de un tronco safeno varicoso, la periflebitis concomitante, por otra, deja un recuerdo indeleble: la fibroesclerosis de la pared venosa. La vena o el tronco venoso afectado por aquélla se comporta como un tubo rígido e inelástico en el que la sangre estancada está más expuesta a un nuevo brote trombótico.

4.º **Características evolutivas y factores de riesgo de la varicotromboflebitis.** Una vez establecida la varicotromboflebitis puede evolucionar proximal o profundamente, constituyendo **uno de los factores de riesgo importantes de producción de embolia pulmonar o del síndrome posttromboflebítico** (figs. 7, 8 y 9).

La evolución hacia la embolia pulmonar o hacia el síndrome posttromboflebítico es a menudo una posibilidad imprevisible y tan repentina que es capaz de sorprender incluso al más atento examinador.

En mi casuística de 420 intervenciones quirúrgicas por varicotromboflebitis entre 1972 y 1981 no ha sido rara la observación de formas que, diagnosticadas a su ingreso como mediodistales, a las pocas horas, a pesar del inmediato tratamiento médico a base de hielo y antiflogísticos a dosis generosas, han evolucionado en sentido proximal y masivo de forma imprevista, sin sintomatología local ni general, incluso en presencia de embolia pulmonar. En estos casos, que en toda ocasión hemos operado de urgencia, durante el acto operatorio siempre hemos tenido la evidencia de su gravedad pronóstica (figs. 10, 11, 12, 13, 14 y 15).

Material y métodos

En el decenio de 1972-1981 se efectuaron **420 intervenciones**, la mayoría de urgencia, por varicotromboflebitis **sobre 2.000 operaciones por varices** simples o complicadas.

La mayor parte de las intervenciones no sólo han requerido una actuación de emergencia sino maniobras complejas y delicadas, cual la tromboembolotomía safeno-fémoro-iliaca o safeno-poplítea, así: safenectomía radical «d'emblée», 170 (40,4 %); resección del cayado crural con safenectomía hasta debajo de la rodilla, 102 (24,3 %); resección del cayado crural o poplíteo, 115 (27,4 %); tromboectomía safeno-fémoro-iliaca o safeno-poplítea con o sin aplicación de filtro de Adams De Weese en cava o iliaca, 33 (7,9 %). La mortalidad fue = 0.

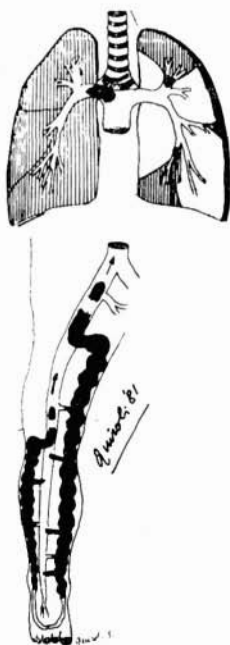


FIG. 7.



FIG. 8.



FIG. 9.

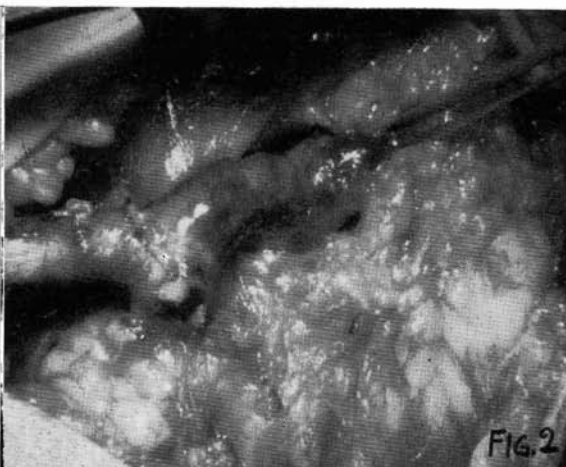
FIG. 7. — Varicotromboflebitis proximal con extensión del trombo más allá de los cayados femoral y poplíteo, desprendimiento de una parte del trombo con macroembolia pulmonar: masiva, en el lado derecho; lobar (1), segmentaria (2), subsegmentaria (3), en el izquierdo.

FIG. 8. — Varicotromboflebitis proximal extendida más allá de los cayados femoral y poplíteo y desprendimiento de una parte del trombo «a poussées», con microembolia pulmonar.

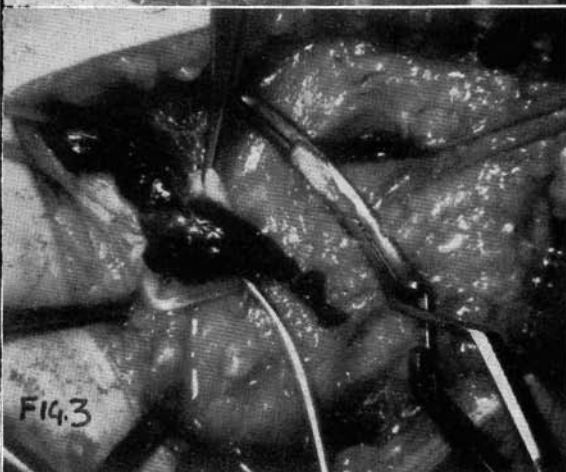
FIG. 9. — Varicotromboflebitis masiva con difusión de la trombosis a la circulación profunda a través de los cayados y las venas perforantes.



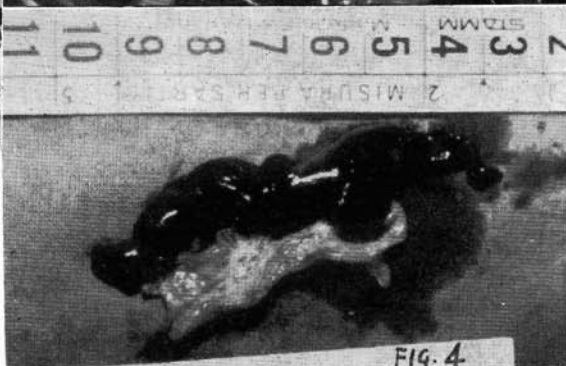
FIG. 10. — Varicotromboflebitis aguda masiva de la safena interna derecha sobre enormes varices antiguas en un hombre de 68 años.



a



b



c

Es importante resaltar que estas últimas intervenciones, que representan el citado 7,9 %, en el 27,27 % existía embolia pulmonar, mientras que en un estudio precedente que efectuamos en 1977 esta complicación se comprobó en el 50 % cuando menos.

Notable interés práctico tiene hallar 45 casos de embolia pulmonar en el curso de una varicotromboflebitis sin extensión del trombo a la unión safeno-femoral o safeno-poplíteo, lo que representa el 11,63 % de las restantes 387 varicotromboflebitis operadas sin trombectomía (tabla III).

Este porcentaje se aproxima al global del 12,8 % calculado sobre todos los 420 casos de varicotromboflebitis y no se aleja sensiblemente del hallado por **Zollinger** (1967) y por **Galloway** y cols. (1969), que es del 10 %.

Consideraciones y conclusiones

Creemos que nuestra línea de conducta terapéutica, en el estado actual, es la única que puede garantizar de las graves complicaciones de la varicotromboflebitis. Es útil, además, recordar que en 1962 **Martin** y cols., en su tratado, ya había sugerido, si bien algo contradictoriamente, las directivas para una solución válida del problema. En efecto, por un lado afirman «no existe el peligro de que el coágulo se movilice para dar origen a un émbolo» y, por otro, anuncian los más modernos principios terapéuticos de la varicotromboflebitis cuando ésta alcanza la unión safeno-femoral, con estas palabras: «Se debe exponer con urgencia el punto de unión de la safena a la vena femoral, incidir la parte de la safena y extraer todos los coágulos contenidos en ella.»

TABLA III

INCIDENCIA DE LA EMBOLIA PULMONAR EN 420 VARICOTROMBOFLEBITIS OPERADAS ENTRE 1972 Y 1981

Casos de embolia pulmonar en 33 trombectomías venosas por varicotromboflebitis que sobrepasan los cayados	9 (27,27 %)
Casos de embolia pulmonar en 387 casos intervenidos por varicotromboflebitis que no sobrepasa los cayados	45 (11,63 %)
Total de embolias pulmonares en 420 varicotromboflebitis operadas	54 (12,85 %)

FIG. 11 a. — Campo operatorio de la unión safeno-femoral, tras la desconexión de todas las colaterales, que aparece turgente, de color negruzco. La vena femoral común, en la proximidad del ligamento inguinal, está alzada por una cinta que la tracciona según se muestra en la figura 16 para la trombectomía safeno-femoral.

FIG. 12 b. — Efectuada la resección a nivel de la unión safeno-femoral. El cayado de la safena interna ha sido abierto en sentido longitudinal y muestra la luz obstruida por un gran trombo, cuya «cola» desborda el margen de sección safeno-femoral en unos 3 cm. La «cola» del trombo aparece adelgazada e irregular, condiciones ideales para el desprendimiento de émbolos.

FIG. 13 c. — Fotografía del cayado resecado del Caso precedente. La pieza operatoria aclara mejor cuanto se expone en la figura anterior.

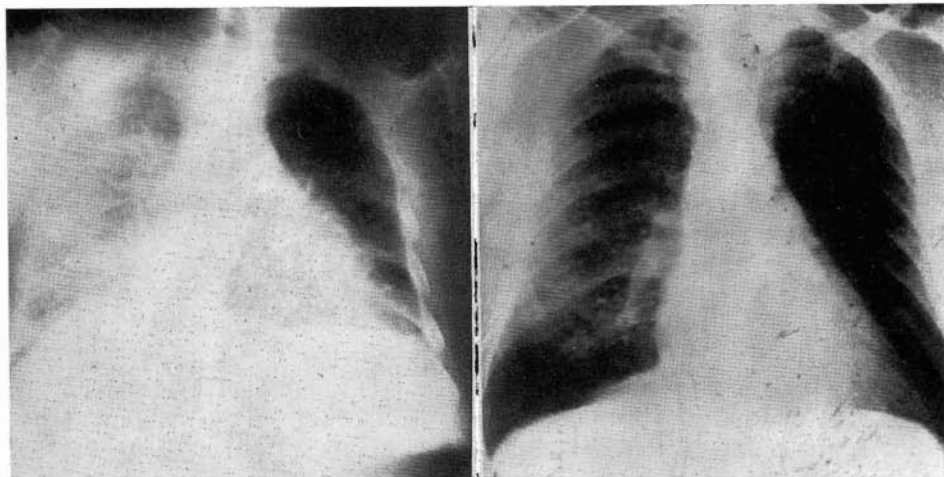


FIG. 14. — El mismo Caso de la figura anterior. Embolia pulmonar derecha masiva con microembolia izquierda, ocasionada por varicotromboflebitis safeno-femoral.

FIG. 15. — El mismo Caso de las figuras anteriores. Resolución de la embolia pulmonar tras 5 días de operado de tromboembolectomía safeno-femoral y safenectomía total, junto al tratamiento médico oportuno.

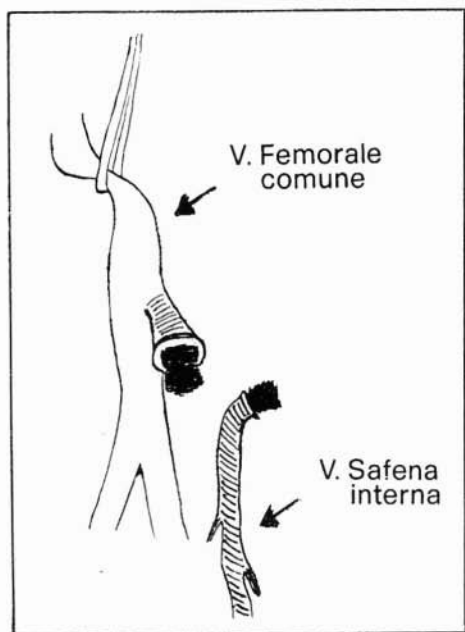


FIG. 16. — Método prudential de tromboembolectomía safeno-femoral por varicotromboflebitis (según TESSAROLO, 1972).

La **embolia pulmonar**, de la que **Marmasse** señaló en 1964 cuatro casos, ha resultado en las distintas estadísticas mundiales la **complicación más peligrosa y frecuente de la varicotromboflebitis** (el 10 % ya señalado de **Zollinger**, 1967, y **Galloway** y cols., 1969). En nuestra casuística la embolia pulmonar alcanza el 12,8 %, porcentaje muy elevado, pero probablemente inferior al real, dado que muchos casos de microembolias pueden escapar a las investigaciones comunes radiológicas y ser sólo reveladas por métodos de escintigrafía.

El problema anatómico del punto de partida de los macro o microémbolos no siempre puede ser resuelto en la mesa de operaciones; no obstante, si se tienen presentes las modalidades de difusión centripeta del trombo venoso, cabe sospecharlo razonablemente partiendo del concepto fundamental de que la difusión de la trombosis y su sucesiva fragmentación pueden suceder de cualquier modo, incluso en ausencia de trombosis safeno-femoral o safeno-poplíteo. A tal propósito es muy importante resaltar que, siempre según nuestra estadística, gran parte de las embolias pulmonares no estaban producidas por varicotromboflebitis de la unión safeno-femoral o safeno-poplíteo, constituyendo el 11,63 %, porcentaje que se acerca al global del 12,85 % del total de las 420 intervenciones efectuadas por nosotros.

Por último, quedan por considerar los **factores de riesgo inherentes al tipo de intervención quirúrgica**. Estos son superponibles a los de cualquier intervención por varices en las cuales la varicotromboflebitis no ha alcanzado aún las uniones safeno-femoral o safeno-poplíteo, en tanto en estos últimos casos el riesgo operatorio es obviamente más elevado. En efecto, cuando el trombo ha superado el cayado, hay que poner en juego cuantos **recursos son necesarios para toda trombectomía venosa**:

1) amplia exposición de la unión safeno-femoral y de la vena femoral común, y si es necesario incluso de la vena ilíaca externa, previa desconexión de todas las colaterales del cayado;

2) localización exacta de la extensión del trombo mediante cuidadosa palpación digital;

3) bloqueo de la vena femoral o ilíaca externa por encima del trombo mediante clampaje o, como nosotros preferimos, mediante tracción por cinta elástica siliconada, como en la figura 16;

4) incisión longitudinal amplia del extremo proximal de la safena a fin de visualizar bien el trombo y facilitar su movilización mediante

5) extracción en lo posible «in toto», junto a la «cola» fluctuante en la femoral común o en la vena ilíaca externa. A veces es posible conseguir la expulsión del trombo haciendo practicar al paciente la maniobra de Valsalva;

6) resección de la unión safeno-femoral desconectada de todos sus afluentes y sucesiva fleborrafia.

Se actúa de igual forma en caso de varicotromboflebitis safeno-poplíteo.

En cuanto a la **anestesia** es preferible iniciar la intervención con anestesia local, a fin de poder contar con la colaboración del paciente para una más fácil tromboectomía haciéndole ejecutar la maniobra de Valsalva.

La **mortalidad** operatoria ha sido nula en nuestra estadística; la **morbilidad**, del todo insignificante si excluimos rarísimas linforreas inguino-crurales de algunos días de duración, en especial en sujetos ancianos.

TABLA IV

**VENTAJAS DE LA TERAPEUTICA QUIRURGICA
DE LA VARICOTROMBOFLEBITIS**

- 1.^a Curación rápida y definitiva de la varicotromboflebitis y de las varices en un solo tiempo.
 - 2.^a Hospitalización corta.
 - 3.^a Mínimo costo medicinal, etc.
 - 4.^a Retorno precoz a la vida social y laboral.
 - 5.^a Confianza en un retorno y definitivo bienestar.
-

En todos los casos operados por nosotros hemos obtenido una **completa rehabilitación de los pacientes**, que han retornado íntegramente a sus habituales ocupaciones laborales y sociales (tabla IV).

RESUMEN

El autor discute sus criterios sobre los factores de riesgo y sobre el tratamiento racional de la varicotromboflebitis de los miembros inferiores, complicación de las varices considerada demasiado a menudo benigna.

Según su experiencia, sobre 420 casos operados por tal complicación, en su mayoría de urgencia, en el decenio 1972-1981, entre 2.000 varices simples o complicadas, está de acuerdo con algunos autores en que el tratamiento racional es la cirugía radical de las varices y de la trombosis safeno-femoro-ilíaca, lo cual resuelve de inmediato y de modo definitivo, en un solo tiempo, la complicación y la enfermedad base varicosa.

Como afirmación de sus criterios aporta su casuística, esquemas y tablas originales, que ilustran los factores de riesgo y los principios en que debe basarse la terapéutica de la varicotromboflebitis.

SUMMARY

Author's experience (1972-1981) about management of thrombosis of varicous veins is exposed (420 operated cases). Risk factors and basic principles of surgery in each case are commented on.

BIBLIOGRAFIA

1. **Agrifoglio, G.:** Il trattamento chirurgico delle vene varicose: un metodo praticato in Italia. «Malattie delle vene. Clinica e Terapia». **J. T. Hobbs:** Il Pensiero Scientifico, Ed. Roma, 1981.

2. **Bassi, G.:** Quelques données sur la fréquence et l'évolution de la phlébite variqueuse. «Phlébologie», 2: 165, 1964.
3. **Cacciatore, E.; Bevilacqua, G.; Lumia, G. C.; Languasco, G. B.:** La varicotromboflebite acuta: terapia d'urgenza. «Anthologica Medica Santoriana», 323, 1976.
4. **Cacciatore, E.; Bevilacqua, G.; Lumia, G. C.; Cammarota, G. P. y Panicali, R.:** El tratamiento quirúrgico de la varicoflebitis aguda de los miembros. «Angiología», 29: 68, 1977.
5. **De Takats, G.:** «Vascular Surgery». Saunders Co., Philadelphia and London, 1959.
6. **Dodd, H. y Cockett, F. B.:** «The Pathology and Surgery of the Veins of the Lower Limbs». Edinburg-London, 1956.
7. **Galloway, J. M. D.; Karmody, A. M. y Mavor, G. E.:** Thrombophlebitis of the long saphenous vein complicated by pulmonary embolism. «Brit. J. Surg.», 56: 360, 1969.
8. **Gjöres, S.:** Surgical therapy of ascending thrombophlebitis in the saphenous system. «Angiology», 13: 241, 1962.
9. **Glover, W. T.; Vaughn, A. M.; Annan, C. M. y Caserta, J. P.:** Venous thrombectomy in the management of acute venous thrombosis of the saphenous system. «Am. J. Surg.», 93: 798, 1957.
10. **Goldstein, M. y Van der Stricht, J.:** La crossectomie comme prévention de l'embolie pulmonaire dans les thromboses saphéniennes. «Phlébologie», 4: 349, 1964.
11. **Haeger, K.:** Five-year results of radical surgery for superficial varices with or without coexistent perforator insufficiency. «Acta Chir. Scand.», 13: 38, 1966.
12. **Haeger, K.:** Anatomia delle vene dell'arto inferiore. «Malattie delle vene», Clinica e Terapia. **J. T. Hobbs:** Il Pensiero Scientifico. Ed. Roma, 1981.
13. **Hafner, C. D.; Cranley, J. J.; Krause, R. J. y Strasser, E. S.:** A method of managing superficial thrombophlebitis. «Surgery», 55: 201, 1964.
14. **Hobbs, J. T.:** «The Treatment of Venous Disorders». MTP Press Limited, St. Leonard's House, Lancaster, England, 1977.
15. **Hobbs, J. T.:** «Malattie delle Vene. Clinica e Terapia». Il Pensiero Scientifico Editore. Roma, 1981.
16. **Linton, R. R.:** Tratamiento de las trombosis venosas agudas. Congreso Latino-Americano de Angiología, La Habana (Cuba), 1956.
17. **Marmasse, J.:** Sur quatre cas d'embolie pulmonaire au cours de phlébites superficielles. «Phlébologie», 2: 149, 1964.
18. **Martin, P.; Dible, J. E.; Lynn, R. B. y Aird, I.:** «Le Malattie dei Vasi Periferici». Vallardi Ed., Milano, 1962.
19. **Martorell, F.:** «Angiología: Enfermedades vasculares». Salvat Ed., Barcelona, 1972.
20. **May, R.:** «La Chirurgia delle Vene degli Arti Inferiori e del Bacino». Piccin Ed., Padova, 1978.
21. **Müller, M. V. y Rosenberg, H. G.:** Varikophlebitis der unteren Gliedmassen und deren Behandlung. «Vasa», 5: 342, 1976.
22. **Pataro, V. F.:** Tratamiento de las trombosis venosas agudas. Congreso Latino-Americano de Angiología, La Habana (Cuba), 1956.
23. **Pataro, V. F.:** Tratamiento quirúrgico de la varicoflebitis. «Angiología», 26: 75, 1974.
24. **Quiroli, A.:** La terapia delle varici semplici e complicate degli arti inferiori. Tecniche chirurgiche adottate su 600 casi. «Mn. Chir.», 32: 1421, 1977.
25. **Quiroli, A.:** La varicotromboflebite degli arti inferiori. Terapia medica o chirurgica? «Min. Chir.», 32: 1287, 1977.
26. **Quiroli, A.:** Varicotromboflebite: attualità. Terapia chirurgica e sua importanza socio-economica. 51.^a Riunione Scientifica Soc. It. Angiologia, Salsomaggiore Terme, 10-12 novembre 1978.
27. **Quiroli, A.:** Varicotromboflebite: attualità clinico-statistiche. Terapia chirurgica e sua importanza socio-economica. «Min. Chir.», 35: 609, 1980.
28. **Quiroli, A.:** I grandi interventi di deconnessione venosa sottofasciale nella patologia varicosa complicata degli arti inferiori. «Chir. Triveneta.», 20: 711, 1980.

29. **Quiroli, A.; Scurelli, A.; Bini, A.; Bruni, O.; Boggiani, R. Tedoli, M. y Rossi, A.:** L'urgenza in flebologia. Quadri anatomico-chirurgici intraoperatori della varicotromboflebite acuta e fattori di rischio. «Min. Cardioang.», 1982 (in corsi di stampa).
30. **Quiroli, A.:** Incidenza e valore predittivo delle vene perforanti insufficienti su 2.000 varici operate. «Min. Chir.», 1982 (in corso di stampa).
31. **Raso, A. M.:** La varicoflebite: analisi epidemiologica-statistica su alcuni parametri etiopatogenetici, clinici, socioambientali e sui fattori di rischio. «Anthologica Medica Santoriana», 243, 1976.
32. **Tessarolo, N.:** Il trattamento chirurgico delle complicanze flebitiche delle varici degli arti inferiori. «Min. Cardioangiol.», 24: 330, 1972.
33. **Virchow, R.:** Zur Geschichte der Thrombose. «Wern. Med. Wchnschr.», 7: 217, 1857.
34. **Widmer, L. K.; Madar, G. y Martin, H.:** Il trattamento delle tromboflebiti e della trombosi venosa profonda. «Terapia delle Malattie Vascolari dell'Encefalo e degli Arti». Pratesi, F. Pág. 303, Min. Medica Ed., Torino, 1978.
35. **Zollinger, R. W.:** Superficial thrombophlebitis. «Surg. Gyn. Obst.», 124: 1077, 1967.