

11209 38
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL S. XXI
JEFATURA DE POSTGRADO



SINDROME DE MIRIZZI: MANEJO QUIRURGICO
EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
C. M. N. S. XXI

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO GENERAL
P R E S E N T A :
HIOSADHARA EVA FERNANDEZ VELEZ

ASESOR DE TESIS: DR. F. ARMANDO CASTILLO GONZALEZ

FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

Centro Medico Nacional S XXI.

Servicio Gastrocirugía

ALUMNO:FERNANDEZ VELEZ HIOSADHARA EVA

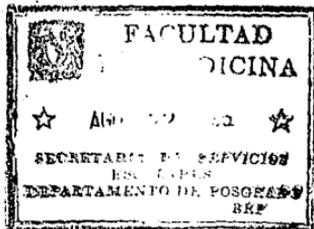
ASESOR DE TESIS:DR ARMANDO CASTILLO GONZALEZ

Positivo

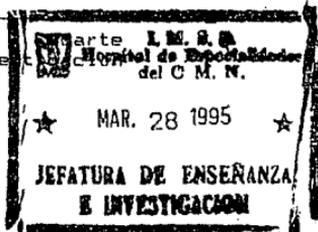
Dr. F. Armando Castillo Gonzalez
Director de Tesis

[Signature]

Dr. Roberto Blanco Benavides
Cordinador del Curso de especialidad
de Cirugia General
HE CMN SXX1



Dr. Niels Wachter
Jefe de Enseñanza e investigación
HE CMN SXX1



INDICE

	PAG.
INDICE	1
INTRODUCCION.....	2
OBJETIVOS.....	7
PACIENTES Y METODOS	8
RESULTADOS.....	10
DISCUSION.....	12
CONCLUSION.....	16
BIBLIOGRAFIA	18

SINDROME DE MIRIZZI: MANEJO QUIRURGICO

Experiencia del Hospital de Especialidades C.M.N. S.XXI

INTRODUCCION:

Las patologías benignas del tracto biliar, representan un grupo heterogéneo de condiciones con manifestaciones clínicas similares que requieren de variados y diversos procedimientos quirúrgicos. Las causas de obstrucción benignas de los conductos biliares son múltiples como la enfermedad litiasica, Inflamatoria, Traumática, Congénita y Misceláneas.

Con excepción de la obstrucción causada por cálculos ó tumores malignos del tracto biliar son relativamente poco frecuentes, una de éstas casuas es la pancreatitis crónica con elemento obstructivo del tracto biliar. Las estenosis congénitas en el adulto son lesiones poco comunes, así como la obstrucción biliar del síndrome de Mirizzi 1); divertículo duodenal, estenosis papilar, fibrosis por radiación y tumores benignos del ampulla de Vater. Las estenosis traumáticas, colangitis esclerosantes y quistes del colédoco son relativamente comunes sin embargo no se identifican frecuentemente en la práctica quirúrgica habitual. Todas éstas condiciones son importantes debido a que pueden confundirse con causas malignas de obstrucción biliar , porque pueden causar daño hepático si los pacientes son indebidamente manejados, aunado a otro factor importante: los pacientes poseen un alto potencial de curación.

Mirizzi 2) originalmente describió el síndrome que lleva su nombre en 1948; cuando encontró manifestaciones clínicas comunes en pacientes con litiasis vesicular ; variaciones anatómicas de un conducto cístico paralelo; litos vesiculares impactados al cuello de la vesícula ó al conducto cístico; obstrucción parcial del colédoco secundaria a compresión por cálculos ó por inflamación circundante; colangitis recurrente; y espasmo de fibras

musculares circulares del conducto hepático. Desde su descripción se han reportado en la literatura varios casos (3-7). La comunicación de la vesícula y el conducto cístico rara vez es referido en la literatura quirúrgica (8).

CLASIFICACION DEL SINDROME DE MIRIZZI Y FISTULA COLECISTOBILIAR.

En 1989, Csendes y cols (9) basados en una revisión de once años de incidencia del Síndrome de Mirizzi establecieron una clasificación unificada de ésta entidad (fig. 1).

1. Lesión tipo I:

Compresión extrínseca del colédoco por un cálculo impactado en el cuello de la vesícula ó del conducto cístico (Síndrome de Mirizzi original).

2. Lesión tipo II:

Presencia de fístula colecistobiliar (colecisto hepática ó Colecisto coledociana) por erosión de la pared anterior ó lateral del colédoco por cálculos impactados, la fístula debería involucrar menos de un tercio de la circunferencia del colédoco.

3. Lesión tipo III:

Presencia de fístula colecisto biliar con erosión de la pared coledociana que involucrara más de dos tercios de su circunferencia.

4.Lesión tipo IV:

Presencia de fístula colecisto biliar con destrucción completa de la pared del colédoco.

La incidencia del Síndrome de Mirizzi(9) es en general de alrededor del 1.3% del total de colecistectomías ,su distribución individual según la clasificación de Csendes es del 10.5% para el tipo I, 41.1 % para el tipo II; 44.3% para el tipo III ; y del 4.1 % para el tipo IV.

Se presenta más frecuentemente entre la 5a y 6a décadas de la vida con predominio del sexo femenino en un 80% de los casos.

Los pacientes cursan con manifestaciones clínicas comunes siendo la más frecuente el cólico vesicular, seguido de ictericia y menos común se presenta la fiebre.Los porcentajes correspondientes de enlistan en la tabla I.

Es posible diagnosticar hasta en un 8%(9) el Síndrome de Mirizzi y fístulas colecistobiliares por Ultrasonido.

HISTOLOGIA:

El 70% al 80% de los pacientes con Síndrome de Mirizzi presentan litiasis vesicular.

Los cambios propios de Colecistitis aguda caracterizada por vesícula con fibrina y exudado;engrosamiento de la pared muscular con edema e hiperemia de la pared con cambios histológicos con presencia de leucocitos polimorfonucleares ;se reporta en el 21% de los pacientes con Síndrome de Mirizzi.

DIAGNOSTICO:

Esta entidad patológica no cursa con manifestaciones clínicas características, de acuerdo al estadio del paciente serán los síntomas y signos que presenten. Debido a que la patología se caracteriza por compresión extrínseca de la vía biliar generalmente los pacientes acuden con cierto grado de ictericia, caracterizándolos además de dolor abdominal de tipo transfixivo en cuadrante superior derecho acompañándose además de fiebre.

La causa de obstrucción de la vía biliar causante del Síndrome de Mirizzi es difícil establecerla antes de la cirugía sin embargo se puede llegar al diagnóstico mediante estudios de gabinete tales como la colangiografía transoperatoria en la que se reporta detección de inserción baja del conducto cístico en un 18%(10).

El diagnóstico del Síndrome de Mirizzi es difícil de manera preoperatoria por medios radiográficos. La vesícula no se observa en la colecistografía oral de éstos pacientes. La colangiografía intravenosa puede reportar opacificación leve de la vesícula y del conducto cístico. Puede sospecharse ésta entidad cuando mediante la colangiografía intravenosa se observa un defecto de opacificación del medio de contraste por compresión de algún sitio del cístico ó del colédoco.

El ultrasonido es un método diagnóstico altamente específico para la litiasis vesicular sin embargo para el caso del Síndrome de Mirizzi puede sospecharse el diagnóstico cuando se observa una estructura tubular paralela al colédoco. La litiasis localizada en el conducto cístico es difícil de determinar mediante ultrasonografía sin embargo es importante identificar litiasis cuando por el ultrasonido se observa conducto cístico con inserción baja.(11).

TABLA 1 Hallazgos Clínicos En 219 Pacientes Con Síndrome De Mirizzi.

Hallazgos Clí.	Clasificación			
	Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IV
Edad Promedio (Años)	44	42	53	62
Femenino (%)	65	77	77	100
Síntomas > 8 Días (%)	43	43	39	55
Dolor biliar (%)	100	94	97	100
Ictericia (%)	83	84	92	67
Fiebre 5 días (%)	70	57	67	67
Temp. rectal >38.6°C (%)	35	33	53	34

Csendes, et. al. (9).

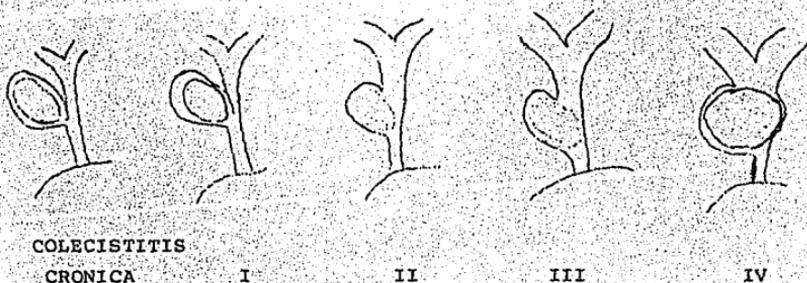
FALLA DE ORIGEN

El Síndrome de Mirizzi puede sospecharse mediante el cuadro clínico aunado a reportes de estudios de gabinete sin embargo el diagnóstico de ésta entidad patológica es transoperatorio cuando puede evidenciarse una de las causas de ésta entidad.(12).

El estudio de gabinete diagnóstico para el síndrome de Mirizzi útil en el preoperatorio reportado es la colangiografía transhepática percutánea sin embargo éste estudio debe reservarse solo para pacientes seleccionados.(13).

La Colangiografía retrógrada endoscópica puede ser un estudio de gabinete útil en el diagnóstico del Síndrome de Mirizzi(14).

FIG. *1. ESTADIOS EN EL DESARROLLO DEL SINDROME DE MIRIZZI Y FISTULA COLECISTOBILIAR



Csendes .et.al. (9).

OBJETIVOS:

- 1. Reportar el manejo quirúrgico de casos de Síndrome de Mirizzi tratados de manera primaria en el Hospital de Especialidades C.M.N. S.XXI**
- 2. Revisar la importancia de la sospecha diagnóstica preoperatoria del Síndrome de Mirizzi.**
- 3. Documentar los métodos diagnósticos de gabinete para el Síndrome de Mirizzi.**
- 4. Identificar los signos clínicos más frecuentemente encontrados en los casos reportados,**
- 5. Identificar los datos relevantes de laboratorio de función hepática preoperatorios de los casos identificados.**

PACIENTES Y METODOS:

Se realizó un estudio

Retrospectivo, Longitudinal, observacional, descriptivo. Revisión de casos.

Se revisaron los expedientes clínicos detectados con diagnóstico postquirúrgico de Síndrome de Mirizzi en el periodo comprendido de Mayo de 1982 a Agosto de 1994. Un total de 13 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Se incluyeron a todos los pacientes que fueron manejados de manera primaria en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social detectados mediante las hojas de registro de alta (HOJAS DE BLANCO) con diagnóstico postquirúrgico de Síndrome de Mirizzi en el periodo comprendido de Mayo de 1982 a Agosto de 1994.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Se excluyeron del estudio aquellos pacientes que teniendo el diagnóstico de Síndrome de Mirizzi hubieran sido manejados médica ó quirúrgicamente fuera de la unidad de estudio.

Se excluyeron del estudio así mismo a aquellos pacientes que fueron manejados en la Unidad hospitalaria donde se realizó el estudio por complicaciones secundarias a la primera intervención quirúrgica la cual fuera realizada fuera de la unidad en estudio.

VARIABLES

Se registraron de los expedientes los siguientes datos:

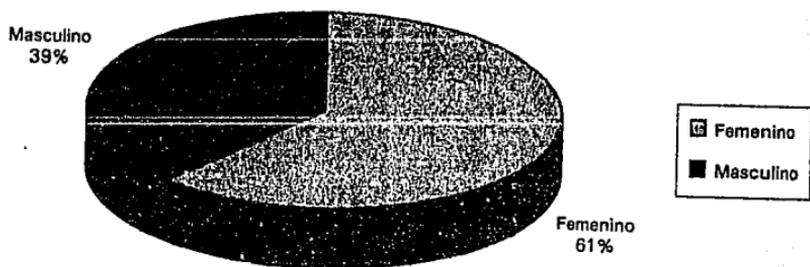
Nombre, sexo, edad, síntomas al momento de su ingreso, tiempo de evolución de los mismos, exámenes de laboratorio y gabinete preoperatorios, tipo de Cirugía efectuada, terapéutica antimicrobiana, días de estancia hospitalaria y motivo de egreso.

RESULTADOS

Se encontraron un total de 13 casos de pacientes con Síndrome de Mirizzi manejados en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del C.M.N. S.XXI en un periodo de 148 meses (12 años y 4 meses), encontrándose 8 pacientes del sexo femenino (61.5%) ; 5 del sexo Masculino (38.5%) con edad promedio en el sexo femenino de 66 años (rango de 40-82 años) mediana de 71.5 años ; en el sexo Masculino se encontró media de edad de 50 con rango de 31 a 69 y mediana de 41 años. Los síntomas reportados se enlistan en la tabla , presentándose más frecuentemente dolor abdominal en el 100% de los casos; fiebre en el 23% e ictericia en 54% con duración promedio de 10 días ; 1.5 días ; y 2 semanas respectivamente.

A todos los pacientes se les tomaron exámenes de laboratorio encontrándose hemoglobina de 11.9 gr.dl en promedio, con rango de 7.4 a 14 gr dl; leucocitosis en el 60% de los casos con promedio de 11 060 ml solicitándose únicamente pruebas de funcionamiento hepático en el 53.8% de los casos. Se reportó bilirrubina directa en promedio de 6.56 gr dl Bilirrubina Indirecta de 0.91 en promedio; solo el 85.7% presentaron hiperbilirrubinemia con patrón obstructivo. A 11 pacientes se les efectuó ultrasonido preoperatorio (84.6%) reportando litiasis vesicular en el 100% de los casos con dilatación de colédoco en el 45.5% y datos de colecistitis crónica agudizada en el 100% de los casos. En todos los casos se sometieron a los pacientes a intervención quirúrgica de carácter urgente con diagnóstico preoperatorio de Colecistitis crónica litiasica agudizada; el 38.5% con diagnóstico preoperatorio de Coledocolitiasis y en ningún caso se sospechó del diagnóstico de Síndrome de Mirizzi.

Fig. 2. Distribución de pacientes con Síndrome de Mirizzi por sexo



Se realizaron 13 colecistectomías abiertas (100%) ; 4 expliraciones de vías biliares(30.8%) efectuandose un drenaje de absceso subfrénico(7.6%)

El 80% de los pacientes se manejó con terapéutica antimicrobiana en el posoperatorio a base de Cefalosporinas de tercera generación (Cefotaxima); el 40% con doble esquema antimicrobiano asociandose al primero Metronidazol.En todos los casos se manejaron analgesicos del tipo de la Dipirona.

No se reportó mortalidad pre , trans, ni posoperatoria.La única complicación posoperatoria que se reportó fué en el caso de un paciente quien en el transoperatorio de encontró como hallazgo absceso subfrénicocon piocolecisto el cual presentó colección subfrénica al octavo día de posoperatorio el cual se drenó de manera percutánea guiado por ultrasonido,éste paciente posteriormente se egresó por mejoría.

El 100% de los pacientes se egresó por mejoría con estancia intrahospitalaria promedio de 11 días con rango de 5 a 22 días.

Tabla 2. Evolucion postoperatoria de pacientes con Síndrome de Mirizzi manejados en el H.E. C.M.N. Siglo XXI

Mortalidad	0.00%
Alta por mejoría	100.00%
Complicaciones	7.60%
Estancia hospitalaria	11.10%

Fig 3. Síntomas identificados por frecuencia al momento del ingreso en pacientes con Síndrome de Mirizzi.

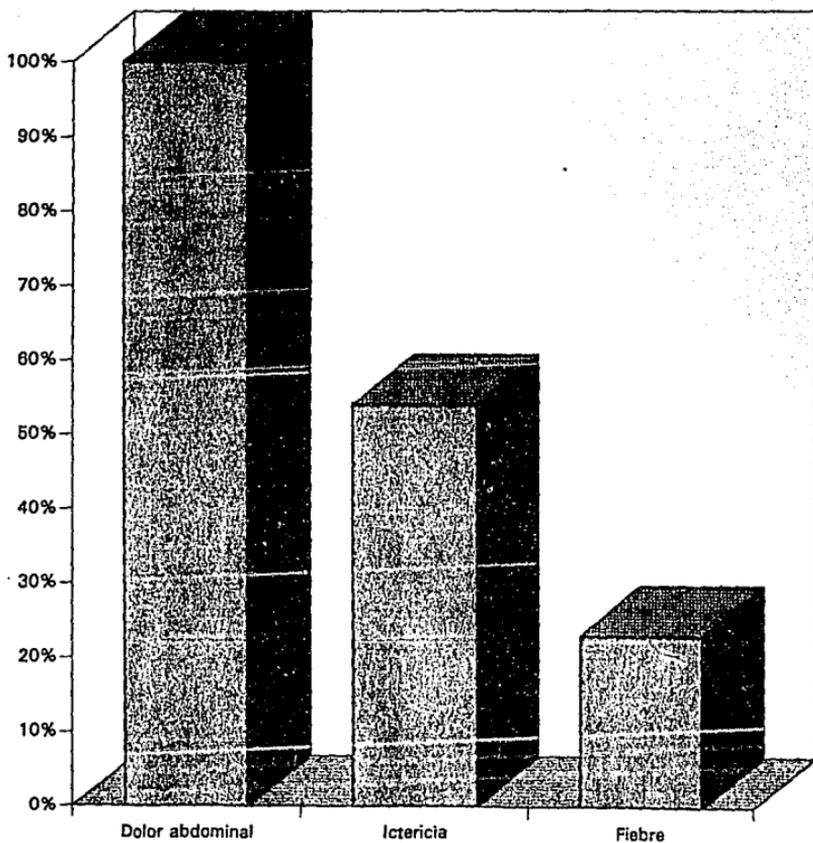
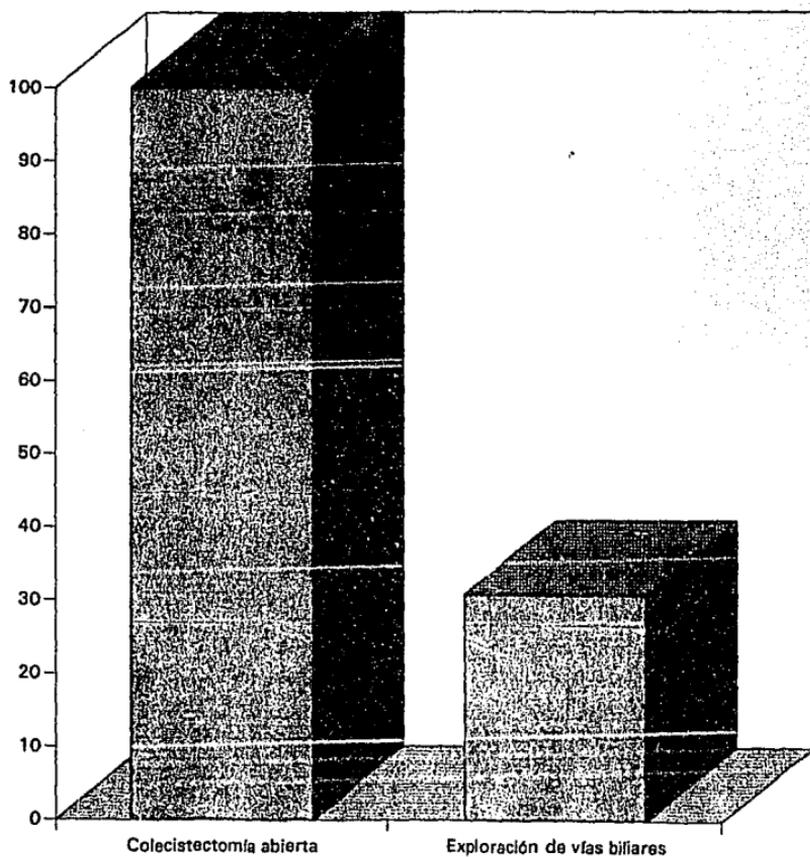


Fig. 4. Procedimiento quirúrgico efectuado en trece pacientes con Síndrome de Mirizzi.



DISCUSION

La definición del Síndrome de Mirizzi varía de autor a autor. Kehr describió la incidencia de ictericia secundaria a dos procesos: 1. Inflamación de la vesícula y del ligamento hepatoduodenal resultante de un cálculo enclavado en el conducto cístico. Años más tarde Mirizzi describe el SINDROME HEPATICO FUNCIONAL en la que la obstrucción biliar resulta de cálculos e inflamación del conducto cístico secundario al espasmo de las fibras musculares circulares del conducto hepático común.

Dietrich agrega a lo anterior, como causa del Síndrome de Mirizzi a una inserción baja del cístico asociada a un conducto cístico alargado. En su estudio reporta de 120 colangiografías realizadas que el 18% de los pacientes se les encontró una inserción anómala del conducto cístico con curso paralelo al conducto hepático, en el 4% la longitud del conducto cístico paralelo sobrepasaba los 3 mm de longitud(6).

Los pacientes que cursan con Síndrome de Mirizzi(14) usualmente presentan síntomas y signos comunes como lo son: Dolor abdominal de tipo transfixivo en Cuadrante inferior derecho, ictericia, fiebre, cursando además con elevación de enzimas hepáticas con hiperbilirrubinemia que sugiera un patrón obstructivo.

Ibrarullah (18) reporta en su serie de 14 pacientes : dolor abdominal en 11(100%); ictericia en el 100% y fiebre en el 71.4%; con elevación similar de parámetros de laboratorio reportados en otros estudios.

El Síndrome de Mirizzi es una complicación rara de la enfermedad vesicular litiasica(16) que ocasionalmente puede ser diagnosticada de manera preoperatoria por técnicas modernas de imagen; sin embargo los estudios de gabinete empleados en el transoperatorio son de gran utilidad.

El Ultrasonido preoperatorio es un estudio diagnóstico preoperatorio de escrutinio muy valioso sin embargo la precisión diagnóstica del mismo aumenta cuando se realizan estudios complementarios como los son: la colangiografía percutánea existiendo la posibilidad de detectar inclusive fistulas biliares que cambiarían la perspectiva quirúrgica.

El riesgo de lesión de vías biliares se incrementa en los casos de Síndrome de Mirizzi. El lecho vesicular y el triángulo de Calot se encuentran involucrados por un importante proceso inflamatorio con adherencias firmes y tejido edematoso al ligamento hepatoduodenal y otros órganos intraabdominales; esta deformidad anatómica no es apropiada para la adecuada disección de la vesícula, la cual no es imprescindible realizar en todos los casos. Se han establecido dos vías de manejo quirúrgico para los casos de Síndrome de Mirizzi para lo cual se han establecido dos etapas del mismo.

Mirizzi tipo I:

Se deben definir dos objetivos en el transoperatorio: La extensión de la Colectomía a realizar y segundo, si es requerida la exploración de la vía biliar. En algunos casos la colectomía parcial es necesaria, siendo prudente dejar en su lugar el cuello de la vesícula con lo cual disminuye la incidencia de lesión de vías biliares; el conducto cístico en este estadio se encuentra rodeado de un gran proceso inflamatorio con fibrosis; la realización de la exploración de la vía biliar principal solo deberá realizarse en casos de que ésta se encuentre fácilmente accesible; otra alternativa es efectuar una esfinterotomía con extracción del cálculo por vía endoscópica. La estenosis del conducto biliar se resuelve generalmente posterior a una colectomía parcial, la decisión quirúrgica final se puede efectuar posterior a que se

resuelva el proceso inflamatorio agudo dando mayor seguridad al procedimiento efectuado.

Mirizzi tipo II:

El proceso fistuloso del Síndrome de Mirizzi tipo II es la fase característica de éste apartado. La disección del cuello de la vesícula y del conducto cístico puede resultar en una lesión e inclusive lesión de la vía biliar principal. Se han reportado diversos manejos para corregir los defectos coledocianos secundarios al mismo proceso patológico ó secundarios al manejo quirúrgico inicial. El cierre primario se ha reportado con una morbilidad muy alta, La corrección con cierre primario con ó sin sonda en T es técnicamente dificultosa, se ha sugerido manejo con parche de pared vesicular reportandose morbilidad y mortalidad muy elevadas asociadas a éste recurso. Se ha reportado así mismo que las derivaciones biliodigestivas del tipo coledocoyeyuno anastomosis ó coledocoduodeno anastomosis han tenido resultados satisfactorios.

Por éstas razones es importante sospechar el diagnóstico en el preoperatorio por lo que podemos recurrir a estudios de gabinete aunado a la adecuada semiología del paciente para apoyar el diagnóstico.

Los hallazgos que nos sugieren Síndrome de Mirizzi son:(21)

ULTRASONOGRAFIA:

Dilatación moderada del colédoco(7-8 mm) asociada con litiasis vesicular, hallazgo de conducto cístico paralelo a la vía biliar principal y largo.

COLANGIO PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (C.P.R.E.)

Hallazgos sugestivos de fistula biliar, fuga de medio de contraste circundante a la vía biliar principal.

COLANGIOGRAFIA TRANSOPERATORIA:

Se ha demostrado gran utilidad de ésta técnica ya que descarta ó apoya la sospecha diagnóstica de fistula biliar.

ANTIBIOTICOTERAPIA EN CIRUGIA BILIAR.

En un estudio(22) realizado en pacientes sometidos a Cirugía biliar se demostró que el 42% de los pacientes desarrollaron infección de la herida que no fueron tratados con antibioticoterapia. Se ha reportado en otros estudios que los pacientes que cursaron con patología obstructiva de la vía biliar presentaron infección de la herida hasta en un 31.6% lo que apoyó que los pacientes que fueran sometidos a algún procedimiento quirúrgico de la vía biliar debería apoyarse con tratamiento antimicrobiano profiláctico observándose una disminución de la incidencia de infección de un 17-21% a 3-4% cuando se empleó por lo menos una dosis de cefalosporina de tercera generación, concluyendo que por lo menos una dosis de 1 gr de Cefalosporina al momento de la inducción anestésica resulta en una disminución de la incidencia de complicaciones infecciosas postquirúrgicas.

CONCLUSIONES

El Síndrome de Mirizzi originalmente descrito como una compresión extrínseca de la vía biliar por cálculos vesiculares enclavados en el cuello de la vesícula ó por una alteración funcional del esfínter del conducto hepático común secundario a otros procesos patológicos como inflamación de la vesícula. La vía biliar debe ser explorada solo en casos del síndrome de Mirizzi tipo I.

La fístula biliar es una entidad rara; Puestow describe un caso en 1942; Mirizzi reporta 4 casos por diversos autores reportándose una incidencia aproximada del 0.1 al 0.5% de los pacientes sometidos a Cirugía por litiasis vesicular sin embargo en revisiones actuales(9) concluye que es una entidad rara y su inclusión en la clasificación del Síndrome de Mirizzi es poco útil en la práctica quirúrgica.

Una sospecha diagnóstica preoperatoria y o transoperatoria es imprescindible ya que disminuye la incidencia de lesión de vías biliares disminuyendo concomitantemente el someter a mayores riesgos al paciente al someterlo a procedimientos quirúrgicos mayores como lo serían la reparación de la misma ó derivaciones biliodigestivas.

El empleo de antibioticoterapia en Cirugía de vías biliares es de suma utilidad, en pacientes con procesos obstructivos es de mayor utilidad aún ya que regularmente los pacientes con Síndrome de Mirizzi cursan con cuadros de Colangitis ;por lo que su empleo mejora la evolución posoperatoria.

Los resultados reportados en nuestra revisión son similares a los reportados en series de los autores antes citados en cuanto a lo que respectan nuestras variables, la morbilidad fué baja, únicamente se reportó una complicación la cual fué secundaria al mismo proceso patológico. La cirugía de vías biliares requiere de alta precisión y de cirujanos experimentados en ésta área y que

posean una firme decisión quirúrgica además de contar con recursos técnicos de una unidad de tercer nivel en nuestro medio como lo son la colangiografía transoperatoria.

BIBLIOGRAFIA

1. Braasch, J.W.; Martin, F.M.; Strictures and benign obstructive disorders of the bile ducts. *Biliary tract*. 1993;4;228-236.
2. Mirizzi, P.L.; Síndrome del conducto hepático. *J Int Cir* 1984;88:737-777.
3. Dubbers, E.J. Mirizzi's Syndrome, *World J Surg*, 1983;7:780-785.
4. Montefusco, P.; Spler, N.; Geiss, A. C.; Another facet of Mirizzi's Syndrome, *Arch Surg*; 1983;118:1221-1223.
5. Starling, H.R.; Matallana, R.H.; Benign mechanical obstruction of the common hepatic duct (Mirizzi's Syndrome). *Surgery*; 1980;88:737-740.
6. Koehler, R.E.; Melson, G.L.; Lee, J.K.; et.al.; Common hepatic duct obstruction by cystic duct stone. *Mirizzi's Syndrome. AJR*; 1979;132:1007-1009.
7. Witte, C.L.; Choledochal obstruction by cystic duct stone: Mirizzi's Syndrome. *Am Surg*; 1984;50:241-243.
8. Corund, F.M.; Mirizzi's Syndrome and biliobiliary fistulas: Roengenologic appearance. *Gastroinest Radiol*; 1981;6:265-268.
9. Csendes, A.; Dias, C.; Burdiles, P.; et.al. Mirizzi's Syndrome and cholecystobiliary fistula: A unifying classification. *Br J Surg* ; 1989;76:1139-1143.
10. Koehler, R.E.; Melson, G.L.; Lee, J.K.; Common hepatic duct obstruction by cystic duct stone. *Mirizzi's Syndrome. AJR*; 1979;132:1007-1009.
11. Didlake, R.; Haick, A.J.; Mirizzi's Syndrome. An uncommon cause of biliary obstruction. *Surgery*. 1980;88:208-209.
12. Witte, Ch.; Choledochal obstruction cystic duct stone. *Mirizzi's Syndrome. Am Surg*; 1984;50:241-243.
13. Alberti, F.J.; Iskandarani, M.; Jeffers, L.; et.al. Mirizzi's Syndrome. *Am J Gastroenterol*; 1985;80:822-823.

14. Ravo, B.; Epstein, H.; La Mandola, et al.; The Mirizzi's Syndrome: Preoperative diagnosis by sonography and transhepatic cholangiography. *Am J Gastroenterol*; 1986; 8: 688-690.
15. Tulassay, Z.; Endoscopic Retrograde cholangiography in Mirizzi's syndrome. Letters to the editor. *Am J Gastroenterol*; 1987; 82: 391-392.
16. Baer, H. U.; Mathews, J. B.; Schweiser, W. P.; Management of the Mirizzi's Syndrome and the surgical implications of cholecystocholedochal fistula. *Br J Surg*; 1990; 77: 743-745.
17. Walker, J. M.; Kanzer, B. F.; Carcinoma of the cystic duct mimicking the Mirizzi's Syndrome. *Am J Gastroenterol*; 1983; 77: 936-938.
18. Ibrarullah, M.; Saxena, R.; Kapoor, V. K.; Mirizzi's Syndrome: Identification and management strategy. *Aus N Z J Surg*, 1993; 63: 802-806
19. Corlette, M. B.; Bismuth, M.; Bilioiliary fistula. *Arch Surg*. 1975; 110: 377-383.
20. Roderik, C. H.; Leslie, W.; Ballinger, W. F.; Biliary enteric fistulas. *Surg Gin Obstet*. 1971; 7: 84-88.
21. Mishra, M. C.; Vashishtha, S.; Tandon, R., Bilioiliary fistula: Preoperative diagnosis and management implications. *Surgery*. 1990; 108: 835-839.
22. Morris, W. T.; Prophylaxis against sepsis in patients undergoing major surgery. *World J Surg*. 1993; 17: 178-183.