

11237  
24  
98



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO  
"DR. FEDERICO GOMEZ"

TUMOR DESMOIDE  
(PRESENTACION DE CUATRO CASOS CLINICOS  
Y REVISION DE LA LITERATURA)

*[Handwritten signatures]*

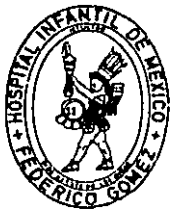
TESIS DE POSTGRADO  
PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA  
P R E S E N T A :  
DR. EFREN MONTOYA DOMINGUEZ

Director de Tesis: Dr. David Felix Acevedo

Profesor Titular del Curso: Dr. Romeo S. Rodríguez

*[Handwritten signature]*

FALLA DE ORIGEN



México, D. F.

1989



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 esta 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.

## INDICE

Introducción.....	1 - 2
Etiología.....	3 - 4
Clasificación.....	5 - 6
Características Patológicas.....	7 - 8
Diagnóstico.....	9
Tratamiento.....	10
Caso Clínico # 1.....	11 -12
Caso Clínico # 2.....	13 -14
Caso Clínico # 3.....	15
Caso Clínico # 4.....	16
Resultados.....	17
Cuadro # 1.....	18
Cuadro # 2.....	19
Cuadro # 3.....	20
Cuadro # 4.....	21
Figuras	
Fig. No. 1.....	22
Fig. No. 2.....	23
Fig. No. 3.....	24
Discusión.....	25 - 26
Bibliografía.....	27 - 28 - 29

## TUMOR DESMOIDE

### PRESENTACION DE CUATRO CASOS Y REVISION DE LA LITERATURA.

El tumor desmoide es una tumoración rara. Se reportan cuatro casos en región glútea manejados por el servicio de Ortopedia del Hospital Infantil de México Federico Gómez, -- los cuales presentarán recurrencia a pesar de cirugía radical adecuada.

## I N T R O D U C C I O N

El tumor desmoide es una neoplasia constituida por la proliferación de fibroblastos y productos biosintéticos (colágena). no metastatizante, localmente invasiva que proviene de tejidos musculoaponeuróticos y puede infiltrar los tejidos adyacentes.<sup>1,2</sup> Se describió por primera vez en la pared abdominal de mujeres con antecedente de parto o cirugía abdominal previa, por Mc. Farlene.<sup>3</sup>

Los sitios más frecuentes de localización son los músculos rectos anteriores y oblicuos del abdomen, pero puede presentarse en cualquier parte del organismo donde exista tejido muscular.

Se reporta una frecuencia de 2.4 a 4.3 casos por - 1,000 000 de habitantes por año.<sup>4</sup> Es más frecuente en mujeres jóvenes con antecedentes de parto. Algunos autores lo relacionan estrechamente con esta última condición.

El tumor desmoide aparece lentamente, infiltra y destruye las fibras musculares siguiendo la dirección de los haces musculares y los planos de la fascia y tejidos de menor resistencia.<sup>2,3</sup> Se adhiere al periostio de los huesos pélvicos y al ligamento de Poupert, y en algunos casos ha encontrado que se adhiere al recto y al sigmoides.<sup>3</sup>

Es un tumor no capsulado que se considera benigno hig

tológicamente, pero que clónicamente puede comportarse como maligno, al infiltrar tejidos profundos y recidivar localmente después de la extirpación quirúrgica lo que indicaría lo difícil de la excisión completa en la mayoría de las ocasiones.

La edad de presentación es desde recién nacidos a los 12 años con promedio de 11 meses.<sup>5</sup>

El 74% de los casos de tumor desmoide se presentan como tumor solitario, y 26% de los casos como tumor múltiple.<sup>5</sup>

Su diferenciación con el fibrosarcoma es que no da metástasis.

## ETIOLOGIA

Se han postulado varias teorías para explicarlo:

Booher y Pack han sugerido la relación de factores hormonales con el tumor desmoide, citando como evidencia la asociación - frecuente de este tumor con el embarazo y las observaciones - de que existe regresión despues de radioterapia a ovarios. -- Otros factores que apoyan esta teoría son: regresión espontánea al iniciar la menarquía y menopausia reportada por Strode en 1954; Lundh en 1963 y Cady en 1985, y señalan la mayor frecuencia en mujeres en edad fértil, cuando existe dominancia - estrogénica.<sup>2</sup>

Antecedentes de traumatismo.- Se reportan antecedentes en aproximadamente 50% de los casos, en los cuales se ha sugerido la existencia de un hematoma con el subsiguiente desarrollo de tumor.<sup>2,6,9,13</sup> Asimismo se ha observado una mayor frecuencia posterior a cirugía.<sup>8</sup>

Origen en una reacción hormonal.- Se han considerado -- como enfermedad autoinmune ya que este tumor representa una - reacción fibroblástica no autolimitada a un traumatismo del - músculo, existiendo en ocasiones agregación de tejido linfoides en las márgenes del tumor, pero faltaría demostrar la presencia de anticuerpos antimúsculo y/o gamaglobulinas en el -- sitio del tumor.<sup>2,7,13</sup>

Reitamo y cols, lo han asociado a herencia autosómica - dominante, pero no se ha podido demostrar.<sup>4</sup>

González reporta un caso de tumor desmoide posterior a colocación de válvula ventrículo-peritoneal<sup>8</sup>

hardy lo ha relacionado con virus sobre todo retrovirus.<sup>13</sup>

La etiología del tumor desmoide no ha sido esclarecida satisfactoriamente considerándose aún oscura.



**CLASIFICACION:**

La clasificación original fue hecha por Stout en 1954<sup>6</sup> quien clasifica a las fibromatosis en:

- 1.- Fibrosarcoma diferenciado.
- 2.- Fibromatosis congénita generalizada.
- 3.- Fibromatosis muscular difusa.
- 4.- Fibroma aponeurótico juvenil.
- 5.- Fibromatosis desmoide.
- 6.- Fibromatosis palmar y plantar.
- 7.- Quelcoide.

En 1975 Denher<sup>6</sup> las clasifica en:

**JUVENIL:**

- 1.- Fibroma congénito.
- 2.- Fibromatosis congénita generalizada.
- 3.- Tumor fibroso digital de Reye.
- 4.- Hamartoma fibroso.
- 5.- Fibromatosis infantil difusa
- 6.- Fibroma aponeurótico juvenil.
- 7.- Fibromatosis hialina múltiple juvenil.
- 8.- Tortícolis.
- 9.- Fibromatosis juvenil.
- 10.- Fibromatosis no clasificada.

**ADULTO:**

- 1.- Fibroma desmoide músculoaponeurótico.
- 2.- Tumor fibrohistiocítico benigno de la piel.

## CARACTERISTICAS PATOLOGICAS:

### Macroscopicamente:

Se presenta como una tumoración invasiva, circunscrita de tejido blanquecino denso, con superficie que muestra al corte bandas o fascículos entrelazados que le dan aspecto reticular. No tiene cápsula, raramente se pueden observar pequeños focos de degeneración en el centro de grandes lesiones<sup>1,3,5,6,11,12</sup>

Casi siempre es único y unilateral, puede ser redondo u ovalado. Su tamaño varía desde 5 a 20 cms, existiendo un reporte de Rokinstansky de un tumor con peso de 17.000 Kgs.<sup>3</sup> Presenta vascularización pobre.

Existen tres características que ayudan a diferenciarlo del fibroma:

- 1.- Localización y relaciones con el sistema musculoponeurótico.
- 2.- Desarrollo difuso sin encapsulación.
- 3.- Compromiso de fibras musculares.

### Microscopicamente:

Está compuesto por fibroblastos bien diferenciados dentro de un estroma fibroso, tiene apariencia muy uniforme y se asocia a producción de colágena.<sup>3,12,14</sup> Al borde de la lesión puede englobar músculo estriado, que da como resultado-

células gigantes, que son en realidad fibras musculares atroficas con condensación del sarcolema nuclear.<sup>2</sup>

Existen inclusiones intracitoplásmicas las cuales estan compuestas por microfilamentos que son continuación del citoplasma.<sup>15,16</sup>

La diferenciación con el fibrosarcoma se hace por medio de tinciones de plata en donde se observan fibroblastos y fibrillas entrecruzadas.

DIAGNOSTICO:

Se realiza por medio de la clínica: por el sitio de localización y en ocasiones hallazgo accidental de una masa dura, dolorosa al inicio, de crecimiento lento, sin cambios locales de temperatura o color.<sup>1-3</sup>

Según Michael y cols, se presenta dolor en el 34% de los casos, tumoración en el 100%, disminución de la motilidad en el 8% y alteraciones neurológicas en el 4.5% de los casos.

Cuando afecta la región glútea se debe realizar urografía excretora y tacto rectal para descartar invasión a recto y/o vejiga, o bien compresión de vías urinarias.

Según Glassier y cols el ultrasonido de alta resolución es diagnóstico específico en 40% de los casos, útil en el 58% y erróneo solo en el 2% de los diagnósticos de tumoración".

Las radiografías de huesos largos son importantes ya que se ha reportado invasión a estas estructuras.<sup>18-20</sup>

El diagnóstico definitivo se realiza por histopatología, por medio de biopsia directa.<sup>21</sup>

## TRATAMIENTO:

El tratamiento ideal es la extirpación completa y radical del tumor, la cual debe realizarse cuidadosamente ya que la recurrencia es hasta en un 50% de los casos.<sup>1-3,11,22-27</sup> En la serie de Keus y Bartelink se reporta una buena respuesta a la radioterapia siendo reservada para casos inoperables, mostrando que 19 de 21 pacientes estuvieron libres de tumor por un periodo de 5 años, y se circunscribe este, para hacer más fácil la cirugía.<sup>28</sup>

Con una buena técnica de radioterapia se eliminan los efectos secundarios, entre los cuales podemos mencionar a la anquilosis, edema y fibrosis.

Assad recomienda radiación ionizante aplicada a corta distancia del area a tratar, reportando curación en 12 de 14 pacientes. En su serie no encontró recidiva en seguimientos de 4 a 6 años.<sup>29</sup>

Como tratamiento preoperatorio Ayala y cols, en 1986<sup>11</sup> y Raney en 1987<sup>30</sup>, recomiendan el uso de quimioterapia a base de adriamicina 5 (dimetiltriazeno) imidazole 4 - carboxamida, y últimamente se ha recomendado una combinación de vincristina, actinomicina d y ciclofosfamida, Este tratamiento también es recomendado en aquellos casos inoperables o en caso de tumor en cabeza y cuello.

Se ha recomendado como tratamiento paliativo con pro--  
gesterona testosterona y corticoesteroides.

Jenkins en 1986 reporta un caso de remisión espontanea  
con seguimiento a 14 años, no presentando recidiva.<sup>31</sup>

#### CASO CLINICO # 1.

SCN. Reg. Hosp.: 403762.

Escolar masculino de seis años seis meses de edad, sin AHF ni  
APNOP de importancia.

Ingresa al servicio de Ortopedia del H.I.M. por presentar tu  
moración en región de gluteo izquierdo, progresiva, de hasta  
26 cms, acompañándose de astenia, adinamia y disminución de  
peso. de 8 meses de evolución. Exploración física: tumora -  
ción dura, no dolorosa, lisa, de 22 x 29 cms. con red venosa  
colateral en su superficie, en gluteo izquierdo, con limita-  
ción de movimientos de cadera y tendencia al varus, marcha -  
claudicante a expensas de miembro inferior izquierdo.

El 24 de julio de 1968 se practica biopsia diagnosticán  
dose Tumor Desmoide extraabdominal en región glutea izquier-  
da.

Exámenes de laboratorio: BH, QS, EGO y fosfatasa alcalina.  
normales. Estudios de gabinete: Rx de torax normal, cistogra  
fia normal, urografia excretora con desplazamiento de la ve-  
jiga a la derecha. El 19 de agosto de 1968, a ortografía con -  
desplazamiento de la arteria iliaca izquierda cotiloidea. El

22-ago-68 se practicó resección completa de la tumoración, -  
en fosa iliaca externa y escotadura ciática.

Ingresa nuevamente el 23-jun-70 por presentar tumoración en-  
gluteo izquierdo, de 8 x 4 cms, de evolución lenta, lisa, --  
uniforme, adherida a planos profundos pero no a piel. Es - -  
reintervenido el 20-ago-70 reportándose en el estudio histo-  
patológico Tumor Desmoide Extraabdominal.

Las Rx. de pelvis muestran zonas osteolíticas y osteoblásti-  
cas a nivel de iliaco izquierdo.

Vuelve a ingresar el 6-abr-72 con tumoración de 5 meses de -  
evolución en región glutea izquierda de 4 x 4 cms. dura, mo-  
vil, con basculación pélvica a la izquierda, no encontrándo-  
se alteraciones en los exámenes de laboratorio y gabinete.

El paciente fué controlado por la consulta externa de Ortope  
dia y debido a cambio de domicilio se perdió la pista del --  
mismo.



CASO CLINICO # 2

M.M.R. Reg. Hosp. : 628829

Presociar masculino de 3 años de edad. sin AHF ni APNOF de importancia. Ingresa al servicio de Ortopedia del H.I.M. por presentar tumoración en gluteo derecho, progresiva, hasta -- 13 cms, posterior a inyección intramuscular, no dolorosa sin acompañarse de otros datos clínicos.

Exploración física: tumoración en gluteo derecho de 13 x 5-cms, no dolorosa, no desplazable, con red venosa colateral, dura, lisa que dificulta en grado mínimo la deambulaci6n.

Exámenes de laboratorio: BH, QS, EGO y fosfatasa alcalina -- normales. Estudios de gabinete: Rx. de torax, urografia ex--cretora, ultrasonido p6lvico abdominal y Rx. de pelvis norma les.

El 13-mar-84 se interviene quirúrgicamente encontrando tumoraci6n de 7 x 10 cms, que destruye la musculatura y desplaza al nervio ciatico sin incluirlo. El reporte histopatol6gico--reporta Tumod Desmoide Extraabdominal El 21-abr-86 ingresa --nuevamente por presentar tumoraci6n glutea derecha de 2 me--ses de evoluci6n, pequeña, dura, lisa, dolorosa, progresiva, hasta alcanzar todo el gluteo derecho. Neurol6gico negativo. El 15-may-86 se reinterviene encontrando tumoraci6n adherida--a la escotadura ciatica, la cual invade, destruye y distor--ciona la masa muscular. Localizándose su origen en el nervio

ciatico mayor e incluyendolo se reseca en bloque con la porción del ciatico.

El 3-jul-86 se practica anastomosis termino-terminal del ciatico, colocandose aparato de yeso pelvicopodálico.

El 25-nov-86 se practica electromiografía reportando datos - de lesión de neurona motora inferior del nervio ciático ma--yor derecho.

La evolución es satisfactoria, sin recidiva hasta la actualidad.

La marcha con aparato de yeso es satisfactoria, y sin aparato de yeso muestra pie derecho péndulo y recurvatum de la rodilla derecha del miembro inferior derecho.

CASO CLINICO # 3

S.N.A. Reg. Hosp.: 603327

Escolar masculino de diez años de edad. Sin AHF ni APNoP de importancia para el padecimiento actual.

Ingresa al servicio de Ortopedia del H.I.M. por presentar tumoración en gluteo derecho de 6 meses de evolución, dura, lisa posterior a inyección intramuscular, progresiva, levemente dolorosa.

Exploración física: tumoración en gluteo derecho, dura, lisa con red venosa colateral, de 3.5 cms fija. Se opera el 10- -nov-83 encontrando tumoración en cuadrante superoexterno de gluteo derecho, blanquecina, fibrosa de 3 cms, que se reseca en su totalidad. Reportándose en el estudio histopatológico-Tumor Desmoide Extraabdominal.

Estudios de laboratorio BH, QS, EGO y fosfatasa alcalina normales. Estudios de gabinete: Rx. de torax y urografia excretora normales. Rx. de pélvis con osteólisis de iliaco dere--cho.

El 24-nov-87 reingresa por tumoración de 1 año de evolución, dura, lisa, fija, acompañándose de pérdida de peso y ataque - al estado general discreto.

El 7-oct-87 se reinterviene, encontrando tumoración adherida hasta la cresta iliaca posterior, respetando los músculos rotadores internos y gluteo mayor. Se reseca en su totalidad.

Actualmente sin recidiva de tumor. Marcha claudicante discreta a expensas del miembro pélvico derecho, discreta disminución de fuerza muscular y de la abducción de cadera derecha.

#### CASO CLINICO # 4

ALIT. Reg. Hosp.: 652975

Escolar femenino de siete años de edad. Sin AHF ni APNoP de importancia. Ingresa al servicio de Ortopedia del H.I.M. por presentar tumoración en gluteo izquierdo, de 18 meses de evolución, progresiva de 10 cms, dura con dolor leve, móvil.

Exploración física: tumoración en gluteo izquierdo de 10 cms. dura, lisa, con red venosa colateral, levemente dolorosa a la palpación. Estudios de laboratorio: BH, QS y EGO normales.

Estudios de gabinete: Rx. de torax y urografía excretora normales. Radiografía de pélvis dentro de límites normales.

En may-88 se practica biopsia reportándose Tumor Desmoide Extraabdominal.

El 16-ago-88 se interviene quirúrgicamente encontrando tumoración con múltiples adherencias a planos adyacentes, blanquecina con zonas de color vinoso y necrosis. Se reseca totalmente.

Actualmente sin evidencia de recidiva de tumor.

## RESULTADOS:

Las características de los pacientes estuvieron de acuerdo a lo señalado por Michael y cols., encontrando tumoración en un 100%, dolor leve en un 50%, alteraciones neurológicas en el 25%, y disminución de la motilidad en 75% de los casos (cuadro # 1).

Dentro de los exámenes de laboratorio: Bh, QS, EGO y fosfata alcalina estuvieron normales en el 100% de los casos.

( Cuadro # 2).

Los exámenes de gabinetes mostraron alteraciones en las radiografías de pélvis, mostrando lesiones osteolíticas en 2 pacientes (50%). La Urografía excretora fué normal en 3 casos, y anormal, por desplazamiento vesical en un paciente (25%).

Se practicó aortografía en un paciente reportándose desplazamiento de la arteria iliaca izquierda a la derecha.

(cuadro # 3).

En los cuatro pacientes se realizó estudio histopatológico, reportándose en los 4 casos Tumor Desmoide Extraabdominal.

Se encontró recurrencia en 3 de 4 pacientes (75%).  
(Cuadro # 4).

C U A D R O # 1

TUMOR DESMOIDE  
CARACTERISTICAS CLINICAS

	No. Pac.	%
Tumoración	4	100%
Dolor	2	50%
Disminución de motilidad	3	75%
Red venosa colateral	4	100%
Alteraciones neurológicas	1	25%

C U A D R O # 2

TUMOR DESMOIDE  
EXAMENES DE LABORATORIO

	NORMALES	ANORMALES
Biometría Hemática	4 (100%)	--
Química sanguínea	4 (100%)	--
Examen General de orina	4 (100%)	--
Fosfátasa Alcalina	4 (100%)	--

C U A D R O # 3

TUMOR DESMOIDE  
ESTUDIOS DE GABINETE

	NORMALES	ANORMALES
Radiografía de Torax	4 (100%)	--
Radiografía de pélvis	2 ( 50%)	2 (50%)
Urograffia Excretora	3 ( 75%)	1 (25%)
Ultrasonido pélvico	1 (100%)	--
Aortografía	---	1 (25%)

NOTA: El ultrasonido pélvico se realizó en un paciente encontrándose normal.

La aortografía se practicó también solo en un paciente encontrando desplazamiento de la arteria iliaca izquierda a la derecha con neformaci n de vasos en la cavidad-cotiloidea.



CUADRO # 4

TUMOR DESMOIDE  
RECURRENCIA

	RECURRENCIA	NO RECURRENCIA
Caso # 1	si	--
Caso # 2	si	--
Caso # 3	si	--
Caso # 4	--	no



FIG. No. 1 Obsérvese la gran tumoración en el glúteo izquierdo que deforma y modifica el tamaño de dicha región. Caso No. 1.



FIG. No. 2 Pieza anatómica del caso No. 2 en la que puede observarse gran tumoración con lobulaciones, la cual incluye al Nervio Cístico el que puede observarse en la parte superior y media de la tumoración.

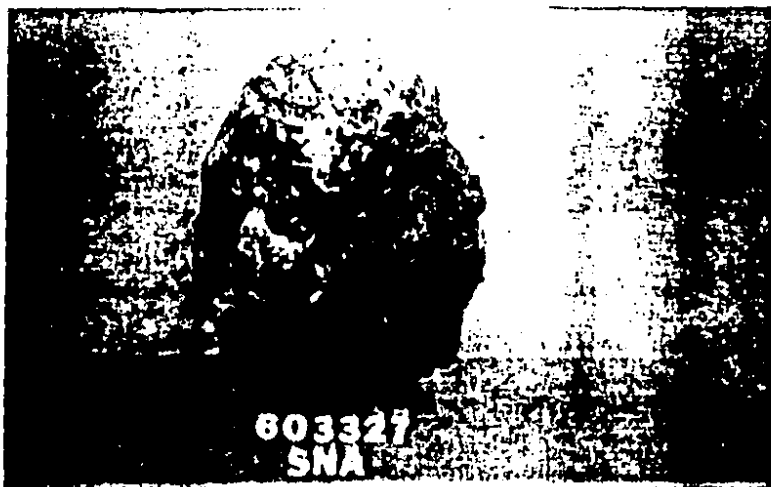


FIG. No. 3 Pieza anatómica del (caso No. 3) en la que puede -  
observarse gran tumoración con la presencia de - -  
lobulaciones, sin incluir elementos nerviosos como  
el de la figura anterior.

## DISCUSION

El Tumor Desmoide es una tumoración rara constituida - por la proliferación de fibroblastos y productos biosintéticos (colágena), no metastatizante, localmente invasivo.<sup>1-2</sup> -- Se describió por primera vez por Mc Farlane<sup>3</sup> en mujeres en - edad fértil. El sitio de localización más frecuente es el - - abdomen.

Se reporta una frecuencia de 2.4 a 4.3 casos por ----- 1,000,000 de habitantes por año.<sup>4</sup> La edad de presentación de la fibromatosis juvenil varía desde el R.N. hasta los 12 años; siendo más común único.

Strode, Lundh y Cady<sup>2</sup> señalan el predominio en edad - - fértil. También se ha relacionado con traumatismo, reacción - hormonal anómala, cirugía abdominal. Reitamo<sup>4</sup> lo asocia a herencia autosómica dominante. Sin embargo, su etiología es aún oscura. El diagnóstico de esta entidad es por medio de la clínica, ultrasonido de alta resolución considerándose el estudio histopatológico como el método diagnóstico definitivo.

El tratamiento consiste en extirpación completa y cuidadosa del tumor, para evitar recurrencia, la cual se reporta con una frecuencia muy alta.

En casos inoperables, ya sea por su localización o por su extensión se ha recomendado el uso de radiación ionizante

aplicada a corta distancia del área. Técnica que ha seguido -  
Assad<sup>29</sup> con excelentes resultados. Ayala y Raney<sup>30</sup> recomien--  
dan el uso de quimioterapia.

Se ha reportado, regresión espontánea sin recurrencia --  
por Jenkins<sup>31</sup> en 1986.

Se presentan cuatro casos manejados por el servicio -  
de Ortopedia del Hospital Infantil de México Federico Gómez,  
en región glútea.

Los datos encontrados clínicamente, coinciden por lo --  
reportado en la literatura universal.

En un caso (figura 2), se aprecia el nervio cláctico - -  
incluido en la tumoración, siendo necesario la resección en -  
bloque con posterior anastomosis termino-terminal de dicho -  
nervio.

La evolución del paciente ha sido satisfactoria.

La recurrencia en estos casos también coincide con lo -  
reportado en la literatura encontrándose en 3 de 4 pacientes  
(75%).

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Barber HM. Galasko CSB and Woods CG: Multicentric extra-abdominal desmoid tumors. J. Bone and Joint Surg 1973 - 55 B. 858-863.
- 2.- Benninghoff D and Robbins R: The nature and treatment of desmoid tumors. Am J. Roentgenol 1964; 91: 132-137.
- 3.- Belloc Martínez J. Sariñana C. Ambrosius K.: Tumor desmoide extraabdominal. Bol. Med. Hosp. infant. (Méx) 1969; 26: 237-245.
- 4.- Reitamo JJ; Scheinin TM; Hayry P: The desmoid syndrome.- New aspects in the cause, pathogenesis and treatment of the desmoid tumor. Am J. Surg 1986;151: 230-237.
- 5.- Chung EB and Enzinger F: Infantile myofibromatosis; Cancer 1981;48: 1807-1817.
- 6.- Rosenberg HS, Stenback W, Splug H: The fibromatoses of - infancy and childhood. in: Perspective Pediatrics Pathology. Vol. 4. 1978.
- 7.- Cole NM and Guiss LW: Extra-abdominal desmoid tumors. - Arch Surg 1969;98: 530-533.
- 8.- González-DADER J; Alacreu JB; García Vasquez F.: Desmoid tumor, tumor arising around the distal tubing of a cerebral fluid shunt. Surg Neurol 1986;26: 365-367.
- 9.- Miyamoto T; Mihara M; Hagari Y; Shimao S; Nakahara T. -- and Kimura M. Posttraumatic occurrence of infantile digital fibromatosis. A histologic and electron microscopic - study. Arch Dermatol 1986; 122: 915-918.
- 10.- Kawabata H; Masada K; Aeki Y; Ono K: Infantile digital - fibromatosis after web construction in syndactyly. J. - - Hand Surg 1986;11 741-743.
- 11.- Ayala AG; Ro JY; Goepfert H; Cangir A; Khorsand J; Flake G: Desmoid fibromatosis: a clinicopathologic study of 25 - children. Semin Diagn Pathol 1986;3: 138-150.
- 12.- Ortega Marcos Et Al.: Congenital generalized fibromatosis. Presentation of a case and review of the literature. An Esp Pediatr 1986;25: 96-100.
- 13.- Hardy JD.: The ubiquitous fibroblast. Multiple oncogenic potentials with illustrative cases. Ann Surg 1987;205: - 445-455.

- 14.- Molnar P; Olah E; Miko TL; Gomba S: Aggressive infantile myo fibromatosis report of a case of a clinically progressive congenital multiple fibromatosis. Med Pediatri Onco- col 1986;14: 332-337.
- 15.- Fringes B; Thais H; Bohm N; Altmannsberger M; Osborn M.: Identification of actin microfilaments in the intracyto- plasmic inclusions present in recurring infantile digi- tal fibromatosis (Reye tumor). Pediatr Pathol 1986;6: - 311-324.
- 16.- Zina AM; Rampini E; Fulcheri E; Bundino S; Ocella C; Bu- ssolati G.: Recurrent digital fibromatosis of childhood: An ultrastructural and immunohistochemical study of two cases. Am J Dermatopathol 1986;8 (1): 22-26.
- 17.- Glasier CM Et Al: High resolution ultrasound characteri- zation of soft tissue masses in children. Pediatr Radiol 1987;17: 233-237.
- 18.- Fayard MN; Yacoub A; Salman S; Khudr A; Der kaloustian - VM. Juvenile hyaline fibromatosis: two new patients and reviw of the literature. Am J Med Genet 1987;26: 123-131.
- 19.- Fromowitz FB; Hurst LC; Nathan J; Badalamente M.: Infan- tile (desmoid type) fibromatosis with extensive ossifi- cation. Am J Surg Pathol 1987;11: 66-75.
- 20.- Aldred MJ; Crawford PJ.: Juvenile hyaline fibromatosis.- Oral Surg Oral Med Pathol 1987;63 : 71-77.
- 21.- Rock Mg Et Al.: Extra-Abdominal desmoid tumors. J Bone - and Joint Surg 1984;66-A 1369-1374.
- 22.- Dashiell TG Et Al.: Desmoid tumors of the chest wall. - Chest 1978;74: 157-162.
- 23.- Winstein LP; Kovachev D; Chaglassian T.: Abdominal wall reconstruction. Scand J Plast Reconstr Surg 1986;20: - - 109-113.
- 24.- Okunieff P; Suit HD; Proppe KH: Extremity preservation by combined modality treatment of sarcomas of the hands and wrist. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1986;12: 1923- - 1929.
- 25.- Taylor LJ.: Musculoaponeurotic fibromatosis. A report of 28 cases and review of the literature. Clin Orthop 1987; 224: 294-302.



- 26.- Rao BN; Horowitz ME; Parham DM; Etcubanos EE; Fleming - ID; Pratt CB; Hutsu HO; Green AA.: Challenges in the - - treatment of childhood fibromatosis. Arch Surg 1987;122: 1296-1298.
- 27.- Strode JE.: Desmoid tumors particulary as related to - - their surgical remove. Ann Surg 1954; 139: 335-340.
- 28.- Keus R; Bartelink H: The role of radiotherapy in the - - treatment of desmoid tumors. Radiother Oncol 1986;7: 1-5.
- 29.- Assad WA; Nori D; Hilaris BS; Shiu MH; Hajdu SI.: Role - of Brachy therapy in the management of desmoid tumors. -- Int J Radiat Oncol Biol Phys 1986;12: 901-906.
- 30.- Raney B; Evans A; Granoweter L; Schnaufer L; Uri A; Litt man P.: Nonsurgical management of children with recu- - rrent or unresectable fibromatosis. Pediatrics. 1987;26: 123-131.
- 31.- Jenkins NH; Freedman LS and Kibbin B.: Spontaneous regre - tion of a desmoid tumour. J Bone and Joint Surg 1986;66B 780-781.
- 32.- O Ryan F; Eversole LR; Alikpala A.: Juvenile fibromato-- sis of the infratemporal fossa. Oral Surg Med Oral Pa-- thol 1987;64: 603-608.
- 33.- jarvinen HJ.: Desmoid disease as a part of familial ade- nomatous polyposis coli. Acta Chir Scand 1987;153: 379-- 383.
- 34.- Kamby C; Kofoed H; Anagnostaki L.: Agressive fibromato-- sis. Report of two cases with rare clinicopathological - manifestations. Arch Orthop Traum Surg 1986;104: 382-384.
- 35.- Gebert HF; Jagelman DG; McGannon E.: Familial polyposis coli Am Fam Physician 1986;33: 127-137.