

LINFOMA PRIMARIO DE PULMÓN TIPO MALT: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Primary lung lymphoma MALT Type: Clinical case presentation

Suyapa Sosa Ferrari,¹ Javier Sánchez Sosa,² Gerardo Mejía,²
Luisa Rodríguez,² Julia Rodríguez Antúnez.³

¹Médico Especialista en Neumología, Instituto Nacional Cardiopulmonar (INCP).

²Médico en Servicio de Neumología, INCP.

³Médico Interno, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

RESUMEN. Antecedentes: Background: Los Linfomas Pulmonares constituyen menos del 15 % de todos los linfomas. Los linfomas primarios en pulmón son una entidad de poca frecuencia, más aún el subtipo llamado MALT (linfoma de tejido linfoide asociado a mucosas) estos representan apenas al 1 % de todos los linfomas y 0,5 % de todos los tumores pulmonares. Se caracterizan por proliferación clonal linfoide que afecta a los bronquios o al parénquima pulmonar de forma unilateral o bilateral sin que exista evidencia de afectación extra torácica al momento de su diagnóstico. **Caso Clínico:** paciente de 33 años atendido en servicio de Neumología del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras por historia de dolor pleurítico en hemitórax derecho, tos con expectoración hemoptoica de 3 semanas de evolución acompañado de estertores crepitantes en hemitórax anterior derecho con diagnóstico histológico e inmunohistoquímico mediante biopsia de linfoma pulmonar de tipo Malt. **Discusión:** Es importante tener en cuenta a este tipo de tumores, dado que los síntomas, signos clínicos y los estudios de imágenes son inespecíficos. ⁽⁹⁾ teniendo en cuenta los diagnósticos diferenciales de causas no infecciosas, como la enfermedad metastásica, la granulomatosis de Wegener, los linfomas, las leucemias, las neumonías criptogénicas, la enfermedad tromboembólica y las enfermedades del colágeno.

Palabras clave: Linfoma pulmonar primario; Linfoma MALT, Tumor maligno de pulmón.

INTRODUCCIÓN

Los linfomas primarios en pulmón (LPP), son una entidad de poca frecuencia (0,4% de linfomas extraganglionares)¹, caracterizada por proliferaciones linfoides clonales que afectan a uno o a ambos pulmones (parénquima y/o bronquios) sin afectación de ganglios mediastinales y sin evidencia de extensión extratorácica alguna demostrable en los 3 meses siguientes a su presentación^{2,3}

Según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, los linfomas pulmonares primarios se dividen:

1. **linfoma no hodgkiniano primario de pulmón de células B**
 - a) linfoma pulmonar primario de células B de bajo grado (58-87% de todos los casos de linfoma pulmonar primario), que en un 90% de las ocasiones es linfoma de tejido linfoide asociado a la mucosa (MALT/BALT).
 - b) linfoma primario pulmonar de células B de alto grado, 11-19% de todos los casos de linfoma pulmonar primario.
 - c) plasmocitoma pulmonar primario
 - d) linfoma pulmonar intravascular
2. **granulomatosis linfomatoidea**⁴

Recibido 8/2018; aceptado para publicación 11/2018

Dirección para correspondencia: Dr. Javier Sánchez Sosa

Correo electrónico: javier_sanchezs07@hotmail.com

Conflictos de interés. Los autores declaramos no poseer conflictos de interés en relación a este artículo.

El Linfoma MALT fue descrito por primera vez en 1983 por Isaacson y Wright. Representan solo el 1 % de todos los linfomas y del 0,5 % al 1% de todas las neoplasias pulmonares malignas^{2,5}. Afecta frecuentemente adultos de mediana edad hasta adultos mayores, sin preferencia de género y su presentación no es patognomónica⁶ Aun no se conocen bien los factores asociados con los linfomas Malt de origen pulmonar, pero sustancias carcinogénicas en la vía respiratoria, procesos inflamatorios crónicos locales, Enfermedades de base inmunológica, o la infección por VHC, podrían producir un cúmulo de tejido linfoide sobre el que posteriormente podrían dar lugar a la degeneración maligna de los linfocitos.^{5,7}

Su diagnóstico es difícil con un retraso de 5 meses a 8 años, tanto por la escasa incidencia como por la ambigüedad de la clínica que presenta debido a que la mitad de los pacientes suelen ser asintomáticos y cuando hay manifestaciones los síntomas respiratorios más frecuentes son tos, disnea, dolor torácico, hemoptisis, pérdida de peso y fiebre están presentes en el 25%. Asimismo, las manifestaciones, radiológicas y tomográficas pueden ser interpretadas como procesos infecciosos o tumorales más frecuentes^{1,3}. Por lo tanto el diagnóstico definitivo es histopatológico de muestra quirúrgica o biopsia excisional de ganglio linfático o tejido extranodal.⁸ El tratamiento se basa en la quimioterapia, siendo la pauta con CHOP combinada con la inmunoterapia con anticuerpos anti CD20 (rituximab) La más difundida y con mayor tasa de respuestas⁹. El pronóstico es excelente, responden favorablemente al Tratamiento con tasas de supervivencia de 86% a los tres años.^{5,6}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 33 años de edad, sin antecedentes personales patológicos es ingresado en Febrero 2017 al servicio de Neumología del INCP con historia de dolor pleurítico en hemitórax derecho, tos con expectoración purulenta que se convierte en hemoptoica de 3 semanas de evolución, sin historia de fiebre ni pérdida de peso. Examen físico normal a excepción de la presencia de estertores crepitantes en hemitórax anterior derecho. Se ingresa con la sospecha diagnóstica de Tuberculosis pulmonar.

Sus exámenes Laboratoriales mostraron Hemoglobina de 11.2 g/dL, Leucocitos: 6,350 con 51% polimorfonucleares neutrofilos, 37.2% linfocitos y 7.92% monocitos. Glicemia, función renal, función hepática, tiempos de coagulación, electrolitos y perfil lipídico electrocardiograma, ecocardiograma dentro de los parámetros normales. BAAR de esputo en tres ocasiones con resultados negativos, KOH: negativo, Gram: negativo. VIH Negativo.

Estudios de Imagen: **Radiografía de Tórax:** con radiopacidades heterogéneas bilaterales difusas con infiltrados alveolares bilaterales con presencia de cavitación en el borde inferior del lóbulo superior derecho (Figura 1), **USG de Tórax y abdomen:** Consolidados alveolares extensos en ambos lóbulos superiores sin poder determinar tumoraciones ni derrame pleural, el abdomen es normal. **TAC de Tórax:** Consolidados alveolares peribroncovasculares por focos neumónicos organizados, no hay imagen tumoral, asociada a ligeras bronquiectasias centrales y quísticas en el vértice pulmonar izquierdo. (Imagen 2 y 3)

Otros:

- 1) **Espirometría:** Patrón sugestivo de restricción CVF: 4.23 (L) 89% VEF₁: 3.60 (L) 92% VEF₁/CVF: 102%,
- 2) **Broncoscopia:** con Moderada palidez generalizada de la mucosa traqueobronquial.
- 3) **Biopsia transbronquial:** sin alteraciones aparentes.
- 4) **Citología de aspirado bronquial:** negativo por malignidad, infiltrado inflamatorio inespecífico, sin eosinofilia.
- 5) **Tinciones para Gram:** negativo.
- 6) **KOH:** negativo.
- 7) **Ziehl-Nielsen:** negativo.
- 8) **Cultivos por hongos, bacterias y mycobacteria tuberculosis:** con resultados negativos.
- 9) **Biopsia por aspiración de aguja fina guiada por TAC de Tórax:** Negativo por malignidad, con infiltrado inflamatorio de predominio linfocítico.

En vista de los estudios anteriores, se decide manejar al paciente como una probable neumonía eosinofílica con antibióticos de amplio espectro y dosis elevadas de esteroides sistémicos (Metilprednisolona 1gr IV cada día por 3 días). Sin embargo no hubo una mejoría radiológica por lo que se presenta al servicio de cirugía de tórax para biopsia pulmonar a cielo abierto, la cual fue aceptada. Se programa toracotomía por



Figura 1. Infiltrados alveolares bilaterales de predominio derecho con áreas de cavitaciones en el lóbulo superior derecho e izquierdo sin embargo no hay derrame pleural y el volumen de ambos pulmones es conservado y simétrico.

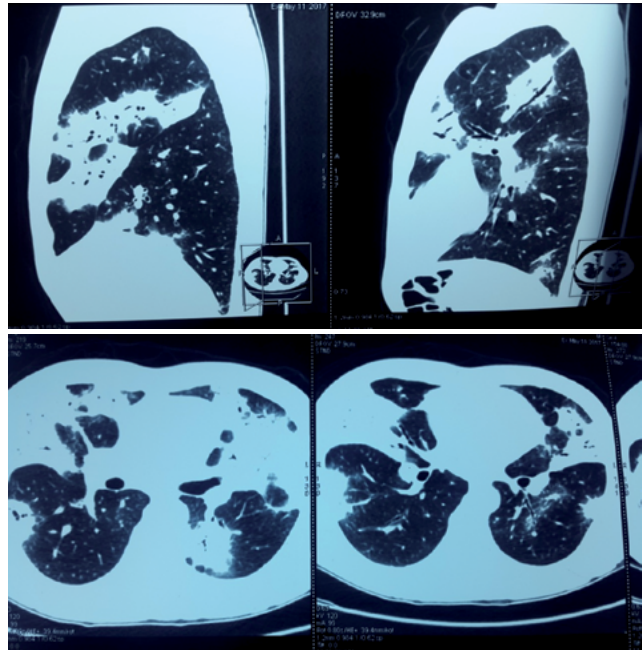


Figura 2 y 3. TAC de Tórax de alta resolución muestra áreas de consolidación alveolar generalizadas con broncograma aérea sugestivo de proceso neumónico con imagen de bronquiectasias quísticas centrales.

incisión submamaria derecha de 7cm por el 4to espacio intercostal, exponiendo el lóbulo medio y palpando un patrón micro-macronodular extenso de consistencia blanda. Se toma biopsia de una lesión grande macronodular que mide 2.3x0.8x0.7cms hepatizada con áreas hemorrágicas.

En el análisis de anatomía patológica se obtuvo como resultado un Linfoma de linfocitos pequeños con fenotipo de CD20+, Bcl2+, Bcl6-, Cyclin D1-, CD5-, CD23- y Ki-67 con lesiones linfopiteliales. Hallazgos compatibles con Linfoma primario de pulmón tipo MALT. Se remite al servicio de Oncología del Hospital General san Felipe para iniciar quimioterapia e inmunoterapia.

DISCUSIÓN

El linfoma pulmonar primario es una entidad rara, que representa el 3-4% de los linfomas extranodales y solo el 0,5% de las neoplasias pulmonares malignas. Se define por una proliferación clonal linfoide que afecta a los bronquios o al parénquima de uno o de ambos pulmones. El origen de la mayoría de estos linfomas se sitúa en el tejido linfoide asociado a las mucosas.¹⁰ Para el diagnóstico es necesario cumplir los criterios establecidos por Saltzstein: afectación pulmonar uni- o bilateral, con o sin adenopatías mediastínicas o hiliares y sin evidencia de enfermedad extratorácica en los 3 meses siguientes.¹ *Existen tres entidades anatomoclínicas distintas que responden al concepto de proliferación linfoide clonal primaria del pulmón. Se trata de los linfomas pulmonares de fenotipo B de bajo grado de malignidad, los linfomas B de alto grado y, por último, la granulomatosis linfomatoide.*²

Los linfomas del tejido linfoide asociado a mucosas (linfomas MALT, por sus siglas en inglés) o maltoma, se refiere al linfoma no Hodgkin de linfocitos B, de la zona marginal, de bajo grado de malignidad, extraganglionar introducida por Isaacson y Wright en 1983¹¹, compuesto por células linfoides heterogéneas que incluyen células de la zona marginal (centrocitoides), células monocitoides, linfocitos pequeños, escasos inmunoblastos, células similares a centroblastos y células plasmáticas. Este infiltrado celular se encuentra localizado en la zona marginal de los folículos linfoides reactivos y se extiende a la zona parafolicular e infiltra el epitelio subyacente del órgano afectado, formando las características lesiones linfoepiteliales¹². Posteriormente, dicho término se amplió abarcando proliferaciones linfoides, originadas en el epitelio glandular de varios sitios del cuerpo, tales como el tracto gastrointestinal, tiroides, mama, pulmón, glándulas salivales, ojos y piel⁸.

El Linfoma Malt pulmonar Representa sólo el 0,5-1,0% de los tumores malignos de pulmón y menos de 1,0% de todos los linfomas malignos. Sin embargo, constituye aproximadamente el 90% de todos los linfomas pulmonares primarios. (9) Pineda y colaboradores en 2009 analizaron las características de 76 pacientes venezolanos con linfomas MALT encontrando que las localizaciones más frecuentes fueron estómago (46%), órbita y conjuntiva (10.5%) y pulmones (9.2%).¹²

El linfoma MALT de pulmón afecta frecuentemente adultos de mediana edad hasta adultos mayores, sin preferencia de género y su presentación no es patognomónica. Se planteó la hipótesis de que la alta incidencia de linfomas tipo MALT en pulmón se deben principalmente a un proceso inflamatorio crónico el cual produce el reclutamiento de linfocitos hacia el sitio de inflamación formando tejido linfoide, por una estimulación antigénica crónica como el tabaquismo, las infecciones, exposición ocupacional a sustancias irritantes, y en casos raros, un trastorno no neoplásico pulmonar linfoproliferativo como la neumonitis intersticial linfocítica.^{6,12} En un 30-40% pueden preexistir enfermedades autoinmunes o inmunodeficiencia como el SIDA, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, anemia perniciosa disgamaglobulinemia, enfermedad vascular del coláge-

no, los depósitos de amiloide, Tiroiditis de Hashimoto y el sd de Sjogren (tiene un riesgo 6,6 a 44 veces más que en la población normal)^{4,7}. En este caso, se descartaron factores predisponentes y no existía patología asociada.

La mitad de los casos permanecen asintomáticos y el tumor suele descubrirse accidentalmente en una radiografía de tórax de rutina^{5,6}. Habitualmente sus manifestaciones clínicas consisten en síntomas respiratorios (disnea, tos, hemoptisis y dolor torácico), fiebre, pérdida de peso, y astenia. Sin embargo, todos los síntomas son inespecíficos. Los sintomáticos lo son de forma inespecífica y suelen adjudicarse a otras enfermedades más frecuentes^{3,4,6}.

A los pacientes con linfoma no Hodgkin primario de pulmón MALT se les realiza broncoscopia, tomografía computarizada de alta resolución de tórax, tomografía pulmonar, pruebas de función pulmonar, incluyendo la capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO), biopsia de médula ósea, inmunoelectroforesis, LDH, β -2-microglobulina⁵. En la paciente solo se realiza la mayoría de estos exámenes, excepto las últimas cinco debido a falta de recursos en la institución, por lo cual se prioriza realizar la biopsia junto con la inmunohistoquímica para diagnóstico.

El linfoma MALT primario puede manifestarse radiológicamente con gran variedad de imágenes: nódulos solitarios, multifocales o bilaterales, una consolidación parenquimatosa, focal o de infiltración intersticial difusa, atelectasia o derrame pleural. Características tomográficas del linfoma MALT son la presencia de consolidación con márgenes mal definidos y broncograma aéreo. Miao y Cai en el 2009, quienes mencionan otros hallazgos como nódulos, consolidación difusa del espacio aéreo bilateral y atelectasia segmentaria o lobar,⁶ otra literatura menciona que el 70 % de los casos muestran nódulos solitarios o infiltrados y más de un quinto de estos son bilaterales. El tamaño de las lesiones es variable, desde pocos centímetros hasta ocupar un pulmón entero. Se ha descrito derrame pleural en el 28 % de los casos. La cavitación del tumor es extremadamente infrecuente⁽⁵⁾. Debe considerarse la posibilidad de linfoma MALT pulmonar como posible diagnóstico cuando la TAC muestra áreas de baja atenuación dentro de las lesiones, independientemente de sus patrones. Una masa de márgenes mal delimitados y broncograma aéreo son los más frecuentemente descritos, este patrón hace que el principal diagnóstico diferencial sea planteado con el carcinoma bronquioloalveolar.⁹ En pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pueden verse nódulos múltiples cavitados. Esto es raro en pacientes no inmunodeprimidos⁴. Nuestro paciente se presentó con sintomatología respiratoria inespecífica en exacerbación, en el estudio radiológico se evidencian radiopacidades heterogéneas bilaterales difusas con infiltrados alveolares bilaterales con presencia de cavitación en el borde inferior del lóbulo superior derecho en ausencia de inmunocompromiso, en su tomografía de tórax se describen consolidados alveolares peribroncovasculares por focos neumónicos organizados, sin imagen tumoral, asociada a ligeras bronquiectasias centrales y quísticas en el vértice pulmonar izquierdo, confirmando en ecografía de Tórax y abdomen

consolidados alveolares extensos en ambos lobulos superiores sin poder determinar tumoraciones ni derrame pleural. Sus exámenes de imágenes no coincidían con un proceso neoplásico, por lo cual fue tratada con antibióticos por sospecha de un proceso infeccioso respiratorio bajo sin mejoría alguna. Pocas características son específicas de linfoma MALT pulmonar, por lo tanto, es difícil distinguir los linfomas de las neumonías bacterianas y el cáncer de pulmón, necesitando pruebas complementarias para establecer un diagnóstico.⁶ En Latinoamérica han sido pocas las publicaciones referidas a casos de pacientes con esta patología en particular. En Brasil, Steinhauer et al. Reportaron el caso de un paciente de 38 años con linfoma MALT y VIH positivo que se presentó con un infiltrado micronodular difuso en la radiografía; y también se reportó el caso de un paciente masculino de 61 años quien se rehusó a recibir tratamiento para linfoma asociado al tejido linfoide bronquial debido a infiltración pulmonar masiva sin diseminación a otros órganos y falleció 2 años posterior al diagnóstico.¹³

La espirometría de este paciente mostró normalidad con tendencia al patrón restrictivo y la fibrobroncoscopia no aportó mayores datos, según el estudio realizado por Cordier y cols. en 1993 no demuestran un perfil característico en los resultados de las pruebas de función pulmonar en los pacientes con esta patología puesto que la espirometría se encontraba dentro de los límites normales en la mayoría de ellos. Cuando se halló un defecto ventilatorio restrictivo había existencia paralela de lesiones pulmonares. Ellos también realizaron fibrobroncoscopia en todos los casos de su estudio, y encontraron anomalías con cambios inflamatorios de la mucosa en 33 de 69 casos (48%) e infiltración linfomatosa bronquial en 17 de 33 casos.⁶

Las características histopatológicas del LZM son muy similares en todos los sitios de afección y presentan una triada característica compuesta por: 1) folículos linfoides reactivos 2) infiltración difusa de linfocitos pequeños centrocitoides 3) lesiones linfoepiteliales (LLE)^{1,6}. Por inmunomarcación, las células neoplásicas (células centrocitoides) expresan antígenos B (CD20, CD79a), IgM (en algunos casos IgA o IgG), restricción a cadenas ligeras kappa o lambda, y son positivas al Bcl-2 (sin presentar reordenamiento del gen BCL-2). Las células neoplásicas son negativas al CD5, CD10, CD23, ciclina D1 e IgD y pueden presentar positividad a CD21 y CD35 que además son marcadores útiles para demostrar la malla de células dendríticas foliculares generalmente presente en los linfomas tipo MALT. Existe expresión aberrante de CD43 hasta en el 33 % de los casos; es importante considerar este punto cuando existe coexpresión de CD43 y CD20. Las traslocaciones características t(11;18)(q21;q21), t(14;18)(q32;q21) y t(1;14)(p22;q32) se observan en más de la mitad de los linfomas MALT que se originan en pulmón.⁽¹⁴⁾ En el análisis de anatomía patológica se

confirma infiltración linfoide prominente con linfocitos pequeños tipo B centrocitoides con un fenotipo de CD20+, Bcl2+, Bcl6-, Ciclina D1-, CD5-,CD10- CD23- y Ki-67 con lesiones linfoepiteliales, estos hallazgos son sugestivos de Linfoma MALT. Resto de inmunomarcadores y pruebas genéticas no se pudieron realizar.

El pronóstico es excelente con tasas de supervivencia de 86% a los tres años. La supervivencia a los 5 años en la serie de L'Hoste fue del 88%, superior a la supervivencia de los linfomas sistémicos, que a los 5 años se cifra en un 47%.⁹ El tipo patológico y la agresividad de la enfermedad en su presentación (incluyendo la duración de los síntomas) son por lo general factores pronósticos importantes factores pronósticos internacionales para LNH los cuales son: Edad (>60 años), estado funcional, elevación de Lactato Deshidrogenasa (LDH), localizaciones extraganglionares y estadio^{1,5}. Aunque los tratamientos para el linfoma MALT pulmonar incluyen la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, en la medicina clínica diaria aún no se ha establecido una estrategia inicial de tratamiento.⁽⁵⁾ El tratamiento de primera línea recomendado debe incluir clorambucil, esquema

CHOP, similar-CHOP o regímenes que contienen fludarabina. La radioterapia se reserva para pacientes con una lesión única, pequeña, en un sitio pobremente móvil y con contraindicación a la cirugía. La evaluación post-tratamiento y el seguimiento de pacientes con remisión completa deben seguir las directrices, incluyendo tomografía de tórax de alta resolución y pruebas de función pulmonar⁶.

El paciente inicia Protocolo R-CHOP de quimioterapia con: Rituximab, Ciclofosfamida, Dexrazoxane, Doxorubicina, Vincristina y Prednisona, planificada para 8 ciclos.

Es importante tener en cuenta a este tipo de tumores, dado que los síntomas, signos clínicos y los estudios de imágenes son inespecíficos.⁵ teniendo en cuenta los diagnósticos diferenciales de causas no infecciosas, como la enfermedad metastásica, la granulomatosis de Wegener, los linfomas, las leucemias, las neumonías criptogénicas, la enfermedad tromboembólica y las enfermedades del colágeno. Las causas infecciosas más frecuentes incluyen la enfermedad embólica séptica, las infecciones por hongos, los abscesos y las neumonías atípicas⁽¹⁾. Por ello, la biopsia de pulmón es esencial para un diagnóstico definitivo y la aplicación de inmunohistoquímica para su clasificación y respectivo tratamiento.⁵

CONTRIBUCIONES

Todos los autores que participamos en la presente publicación, contribuimos en igual medida en el proceso de recolección y redacción de la presente publicación y estamos de acuerdo con lo expresado en la misma, compartiendo igual responsabilidad.

REFERENCIAS

- 1- de Torres JP, Kenney L, Celli B. Linfoma pulmonar primario de células T. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía. Arch Bronconeumol. 2002;38(12):549-609.
- 2- Wislez M, Antoine M, v. Gounant, Carette M-F, Cadranet J. Lymphoproliférations pulmonaires. EMC - Traité de médecine AKOS. 2007;2(1):1-8. doi: 10.1016/S1634-6939(07)34180-X.
- 3- Villarreal J, Romanczuk M, Ainstein E, Las Heras M, De Vito E, Svetliza G, et al. Linfoma primario de pulmón. Serie de casos. Rev Chil Enf Respir. 2014; 30: 35-39
- 4- Martínez C, Bonnin M, Simon C, Palacin A, Puig J, Sampablo I. Masa cavitada como forma de presentación de un linfoma pulmonar primario. Arch Bronconeumol. 2004;40(2):94-6.
- 5- Nazario A, Dominguez E, Garcia L, Matos M, Falcon C. Linfoma tipo Malt pulmonar: presentación de un caso y revisión de la bibliografía. Rev Cub Cirug.[Internet] 2014[consultado 12 de mayo de 2017];53(2): 176-181. Disponible en: <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/141/58>
- 6- Vergara C, Ruiz M, Carnevall T. Linfoma de células B de la zona marginal extraganglionar del tejido linfoide asociado a mucosa (linfoma MALT) de pulmón. Avan Biomed. 2014; 3(2): 102-9.
- 7- Ramos M, Roig V, Vielba D, Herrero A, Juarros S, Macias E, et al. Patrón intersticial como manifestación de linfoma MALT con afectación pulmonar y gástrica. Rev Patol Respir. 2007; 10(4):191-193.
- 8- Murrieta H, Villalobos A, Garcia S. Linfoma: Aspectos clínicos y de imagen. An Radiol Mex. 2009; 8(1):81-97.
- 9- Martínez-Baños J, Galbis Caravajal JM, Ortiz Villalón C, Arnau Obrer A, Figueroa Almánzar S, Martínez Hernández R, et al. Linfomas primarios de pulmón. Rev Patol Respir. 2010;13(3):130-
- 10- Cadranet J, Wislez M, Antoine M. Primary pulmonary lymphoma. Eur Respir J. 2002; 20(3):750-62.
- 11- Izquierdo Calzado AD, Espinosa Expósito JC, Jardón Caballero J, Díaz Fondén J, González Núñez FY. Linfoma MALT en diferentes localizaciones. MEDISAN 2012; 16(3):461-466.
- 12- Villanueva-Nájera MA, Miranda-Saucedo M, Prado-Serrano A. Linfoma primario conjuntival tipo MALT. Caso clínico, Rev Mex Oftalmol. 2009; 83(5):304-309.
- 13- Mattedi RL, Bernardi, Fdel C, Bacchi CE, Siqueira SA, Mauad T. Fatal outcome in bronchus-associated lymphoid tissue lymphoma. J Bras Pneumol. 2007; 33(4):487-91.
- 14- Piña-Oviedo S, Ortiz-Hidalgo C. Linfoma de células B de la zona marginal extraganglionar del tejido linfoide asociado a mucosas (linfoma MALT). Evolución histórica y conceptos actuales. Gac Méd Méx. 2007;143(3): 237-237-244.

ABSTRACT: Pulmonary lymphomas represent less than 15% of all lymphomas, they are an uncommon presentation of lymphomas, even more so is its subtype MALT (mucosa associated lymphoma tissue). They represent 1% of all lymphomas and 0.5% of all neoplasm of the lung. They are characterized by clonal lymphoid proliferation that affects either the bronchi or unilateral/bilateral lung parenchyma without evidence of extra thoracic involvement during its diagnosis. **Clinical case:** of a 33 year old male who was received by the pulmonology service at Instituto Nacional Cardiopulmonar in Tegucigalpa, Honduras with a clinical history of 3 weeks of productive cough and chest pain in which the histological and immunohistochemistry diagnosis of primary lung MALT type Lymphoma was arrived. **Discussion:** It is important to take into account this type of tumors, since the symptoms, clinical signs and imaging studies are nonspecific. (5) taking into account the differential diagnoses of noninfectious causes, such as metastatic disease, Wegener's granulomatosis, lymphomas, leukemias, cryptogenic pneumonias, thromboembolic disease and collagen diseases. **Keywords:** MALT lymphoma, Neoplasm of the lung, Primary lung lymphoma.