

Actualización del glosario Fleischner de términos en radiología torácica: qué hay de nuevo en la versión 2024

Update to the Fleischner glossary terms in thoracic radiology: What´s new in the 2024 version

María Lucía Morillo-Peña[1]
María Camila Pérez-Pérez[2]
Omar Andrés Pantoja-Burbano[3]
Felipe Aluja-Jaramillo[4]

https://doi.org/10.53903/01212095.355

Palabras clave (DeCS)

Tomografía computarizada multidetector
Radiografía torácica
Nódulos pulmonares

Key words (MeSH)

Multidetector computed tomography
Radiography, thoracic
Pulmonary nodules

Resumen

La Sociedad Fleischner ha creado cuatro versiones del glosario para imagenología torácica: en 1984, 1996, 2008 y, su última versión, en el 2024. El glosario, con sus diferentes actualizaciones, propende por homogeneizar el lenguaje entre diversos profesionales de la salud para permitir la comunicación entre diferentes áreas, con el fin de mejorar la atención dada a los pacientes. Se describen los cambios de la versión previa —2008— y la versión actual —2024— en español, con la ayuda de un traductor de lenguaje médico y de dos diccionarios médicos de España con enfoque en los aspectos más puntuales de cada definición; en la versión actual se incluyeron 26 términos nuevos, se eliminaron 17 y se reorganizaron 37.

Summary

The Fleischner Society has created four versions of their Glossary of Terms for Thoracic Imaging in 1984, 1996, 2008, and its last version in 2024. The glossary, with its various updates, aims to standardize language among different healthcare professionals to enable communication between different areas in order to improve patient care. In this article, the changes between the previous version —2008— and the current version —2024— are described in Spanish with the help of a medical language translator and two medical dictionaries of Spain. We will focus on the most important aspects of each definition, in the current version 26 terms were added, 17 were eliminated and 37 reorganized.

Introducción

Es fundamental tener una comunicación efectiva entre profesionales de la salud para asegurar un buen manejo de los pacientes. Por esto, la Sociedad de Fleischner (1) ha creado un glosario con el fin de dar a conocer un lenguaje común que facilite la comprensión de imágenes diagnósticas y el intercambio de información entre distintas áreas de la salud; el glosario ya se encuentra en su cuarta versión. En este artículo, se describen las diferencias entre las dos últimas versiones del glosario Fleischner, la anterior, del 2008 (2), y la última versión, del 2024 (3), con el objetivo de resumir y destacar los cambios significativos introducidos en la versión más reciente. A medida que el manejo de los pacientes evoluciona, es indispensable que todos los profesionales de la salud estén al tanto de estas actualizaciones. La estandarización del lenguaje no solo mejora la colaboración interdisciplinaria, sino que también contribuye a una atención más coherente y centrada en el paciente.

Cambios en las definiciones

Se incluyeron 26 términos nuevos, se eliminaron 17 y se reorganizaron 37. En este artículo, se revisarán los cambios de esta última edición a partir de estas tres categorías. Los términos reorganizados son aquellos que en la versión anterior tenían su propia definición, pero en la versión actual fueron incluidos en otras definiciones. Ahora, cada término se identifica como parte de la anatomía normal (anatomía), como un concepto fisiológico (fisiología) o como un hallazgo anormal (patología).

Los objetivos de la Sociedad (1) al crear un nuevo glosario se centraron en la eliminación de términos que consideraron anticuados, eliminación de conceptos que se explicaban de una mejor manera en otro documento y en la inclusión de términos que necesitaban una definición nueva o actualizada.

Términos nuevos

1. *Vías aéreas* (anatomía) / *airways (anatomy)*

Son las partes estructurales del sistema respiratorio que permiten el flujo del aire. Las vías aéreas conductoras se extienden desde las narinas y la apertura oral hasta los bronquiolos terminales. Las vías aéreas grandes incluyen los segmentos cervical y torácico de la tráquea, al igual que los bronquios principales, lobares y segmentarios. Las vías aéreas pequeñas incluyen desde los bronquios subsegmentarios hasta los bronquiolos con un diámetro menor de 2 mm (4,5).

[1]Semillero de Investigación en Radiología e Imágenes Diagnósticas, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. ORCID: https://orcid.org/0009-0001-7365-9397

[2]Médica, Departamento de Radiología, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8457-2975

[3]Médico, Departamento de Radiología, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4126-9340

[4]Médico, MHPE. Profesor asistente, Departamento de Radiología, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3093-2509

2. *Distribución anatómica de las vías aéreas / anatomic distribution (anatomy) (figura 1)*

Se incluyó una descripción más detallada para identificar fácilmente la distribución de las alteraciones en el parénquima pulmonar. Dicha descripción se encuentra en la tabla 1.

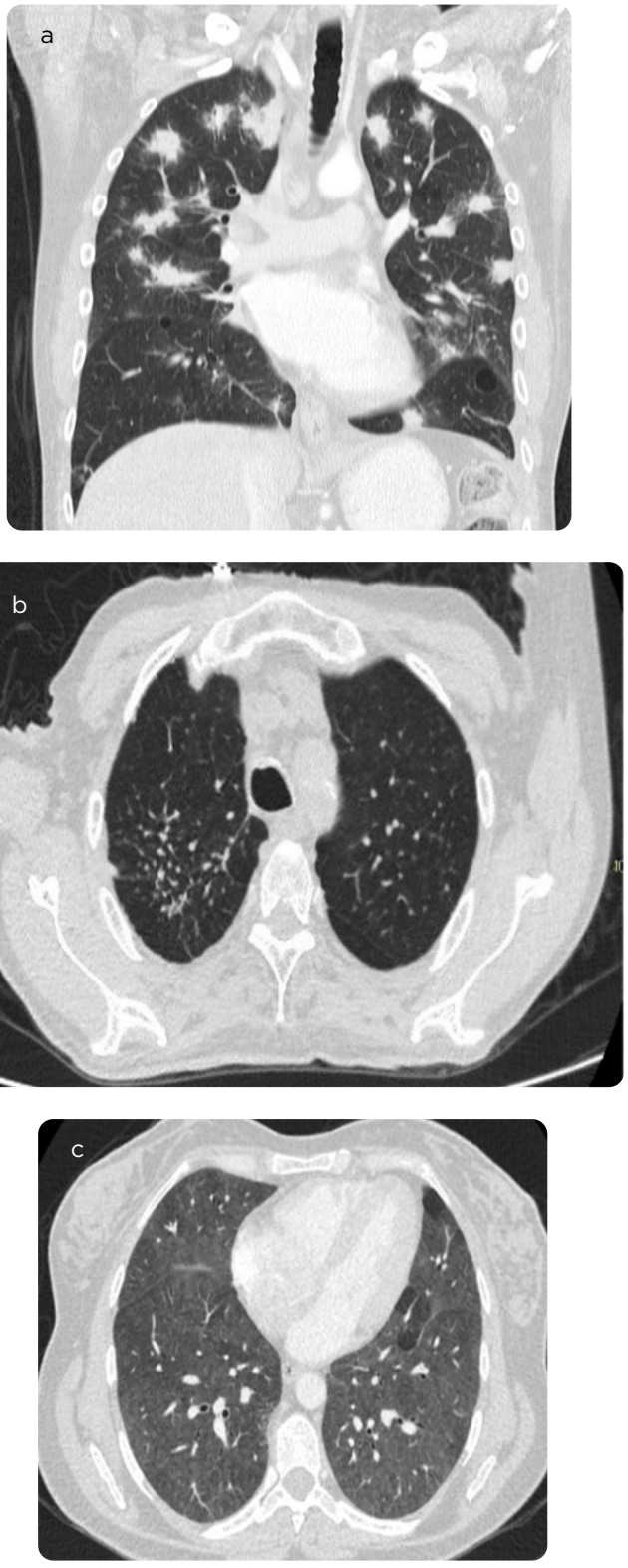


Figura 1. a) TAC, ventana para pulmón, reconstrucción coronal. a) Broncocéntricas / *bronchocentric*: opacidad broncocéntrica en el segmento anterior del lóbulo superior izquierdo. b-f) TAC, ventana para pulmón, plano axial. Distribución anatómica. b) Centrilobular / *centrilobular*: nódulos difusos de localización centrilobular. c) Difuso / *diffuse*: compromiso difuso de la atenuación en ambos parénquimas pulmonares. d) Cisural / *fissural*: nódulos en la cisura mayor del pulmón derecho y en la cisura del pulmón izquierdo. e) Peribroncovascular / *peribronchovascular*: consolidación peribroncovascular en el segmento anterior del lóbulo superior izquierdo. f) Pleural / *pleural*: quiste subpleural en el segmento lateral del lóbulo medio derecho.

Tabla 1. Términos incluidos en la definición de distribución anatómica de las vías aéreas

Término	Definición
Broncocéntricas / *bronchocentric*	Adyacentes a o involucrando los bronquios en el intersticio axial.
Centrilobular / *centrilobular*	Se refiere a las estructuras centrales del lóbulo pulmonar secundario. Usualmente usadas para describir la localización de los nódulos y micronódulos.
Difuso / *diffuse*	Distribuidas en un lóbulo o lóbulos, sin una localización predominante en particular. Por ejemplo, entre las zonas periférica y central del pulmón.
Endobronquial / *endobronchial*	Ubicadas dentro del lumen de un bronquio.
Extrapleural / *extrapleural*	Externas a la pleura, sin involucrar directamente la pleura o el espacio pleural.
Cisural / *fissural*	Se refiere a una lesión o enfermedad que surge de o involucra una cisura. Una lesión o enfermedad que tiene contacto directo con la cisura, pero no se origina en ella, se denomina *pericisural*.
Focal / *focal*	Confinado a un área específica.
Geográfico / *geographic*	Distribuido de tal forma que se asemeja a la de una región en un mapa. El término implica márgenes bien definidos entre las diferentes áreas de atenuación.
Multifocal / *multifocal*	Involucra dos o más áreas distintas.
Peribroncovascular / *peribronchovascular*	Distribuido a lo largo de los paquetes broncovasculares.
Perilobular/ *perilobular*	Opacidades curvilíneas o en forma de arcos, que pueden estar relacionados con los márgenes de los lóbulos pulmonares secundarios.
Perilinfático / *perilymphatic*	Distribuido a lo largo de los vasos linfáticos.
Pleural / *pleural*	Se refiere a una lesión o enfermedad que se origina en o involucra la pleura. Una lesión o enfermedad que tiene contacto con la pleura, pero que no se origina en ella, debe ser llamada de *base pleural / pleura-based.* El término *subpleural / subpleural* solo se debe usar para lesiones o enfermedades que están en la proximidad de la pleura, pero que no tienen contacto directo con ella. Dado que a este término se le han atribuido diferentes significados en la literatura, se prefiere el término *periférico/ peripheral* para describir tales lesiones o enfermedades.
El prefijo yuxta- / *juxta-*	Se recomienda no usar estos términos, sino ceñirse a la terminología más estricta, antes indicada (6).

3. *Asbestosis* (patología) / *asbestosis (pathology)*

Es una enfermedad pulmonar ocupacional caracterizada por fibrosis pulmonar predominante en la parte inferior de los lóbulos, causada por la inhalación de las fibras de asbesto. Las placas pleurales, calcificadas o no calcificadas, no son esenciales para hacer el diagnóstico (7,8).

4. *Aspiración* (patología) / *aspiration (pathology)*

Es la inhalación involuntaria de una sustancia sólida o líquida (aspirado). Dependiendo de la ubicación y extensión en las vías aéreas, el aspirado puede causar atelectasias, inflamación (bronquiolitis o neumonitis por aspiración) o infección (neumonía por aspiración). Algunas secuelas de la aspiración incluyen cicatrización y bronquiectasias (9,10).

5. *Atelectasias* (patología) / *atelectasis (pathology)*

Se refiere al colapso total o parcial del pulmón, que ya se encontraba en la versión anterior del glosario —2008—. Se incluyeron las siguientes subdivisiones (figura 2) (11):

- *Atelectasias lobares / lobar,* consideradas como aquellas que afectan la totalidad de un lóbulo pulmonar.
- *Atelectasias lineales (definición previa: en forma de banda o laminar) / linear (previously plate-like or band-like),* se utiliza para atelectasias locales con una forma lineal, laminar o en banda. Frecuentemente vistas en las zonas de declive, paralelas a los hemidiafragmas en radiografías de tórax y a la pared torácica en TAC.
- *Atelectasias redondas / rounded,* aquellas que tienen una forma redondeada, corresponden a tejido pulmonar colapsado y se asocian con pleura fibrótica invaginada, engrosamiento y fibrosis del septo interlobular adyacente. Las atelectasias redondas son la consecuencia de derrames pleurales crónicos o recurrentes. En las imágenes, las atelectasias redondas se observan como una masa redonda que entra en contacto con la pleura, asociada a engrosamiento pleural adyacente. Los vasos y bronquios desorganizados que convergen hacia la atelectasia pueden tener una apariencia curvilínea (signo de "la cola de cometa"). Se ven más frecuentemente en los segmentos posteriores de los lóbulos inferiores.
- *Atelectasias segmentarias / segmental,* aquellas que afectan un segmento anatómico del pulmón.
- *Atelectasias subsegmentarias / subsegmental*, aquellas que comprometen un subsegmento anatómico del pulmón, que frecuentemente parece lineal.

6. *Signo del atolón* (patología) /*atoll sign (pathology)*

Es un término descriptivo para una opacidad de tipo vidrio esmerilado rodeada de un anillo parcial o completo de consolidación. Es un signo no específico, descrito originalmente en neumonía organizada. Un término sinónimo es el *signo del halo inverso* (12).

7. *Redistribución del flujo sanguíneo* (patología) / *blood flow redistribution (pathology)*

Es el término no específico de los cambios en el flujo sanguíneo. Se ve en radiografías al igual que en TAC; refleja la redistribución que resulta de condiciones patológicas como la sobrecarga de volumen (13).

8. *Broncomalacia* (patología) / *bronchomalacia (pathology)*

Es la debilidad mecánica del cartílago bronquial. El exceso de la colapsabilidad se confirma mejor mediante TAC dinámico hecho durante una espiración forzada. La broncomalacia usualmente se asocia con el mismo fenómeno en la tráquea (*traqueomalacia* / *tracheomalacia*).

9. *Embolismo* (patología) / *embolism (pathology)*

Se refiere al alojamiento patológico de un material que obstruye completa o parcialmente la luz de un vaso sanguíneo. El émbolo puede ser de sangre (trombo), grasa (embolismo graso), aire u otro gas (embolismo gaseoso), líquido amniótico (embolismo de líquido amniótico), material infeccioso (embolismo séptico), tejido neoplásico (embolismo tumoral), o un cuerpo extraño (14,15).

10. *Empiema* (patología) / *empyema (pathology)*

Es una colección de pus en el espacio pleural, usualmente ocurre como una complicación de neumonía o perforación esofágica. En la evaluación de TAC la colección de líquido puede contener gas y la pleura aumenta su grosor y realza luego de la administración de medio de contraste por vía endovenosa. En los márgenes del empiema se puede ver la pleura separándose en sus capas visceral y parietal, lo que se conoce como el signo de la "pleura dividida" / *split pleura sign*, que ocasionalmente puede ayudar a distinguir el empiema de un derrame paraneumónico o de un absceso pulmonar periférico (16).

11. *Fibrosis* (patología) / *fibrosis (pathology)*

Es el término general para el mecanismo de reparación del pulmón en el cual el parénquima es reemplazado permanentemente por tejido conjuntivo, causando remodelación, distorsión de la arquitectura y pérdida de volumen. Otros signos de fibrosis en TAC incluyen bronquiectasias de tracción o bronquiolectasias y potencialmente un patrón en panal de abejas (figura 3).

12. *Vidrio esmerilado* (patología) / *ground-glass (pathology)*

Se refiere a un área de atenuación aumentada que no oscurece por completo las estructuras bronquiales y vasculares subyacentes. Aunque históricamente se describió primero en radiografías, las especificaciones de este término se han definido para TAC y debería usarse únicamente en el contexto de la TAC (figura 4) (17).

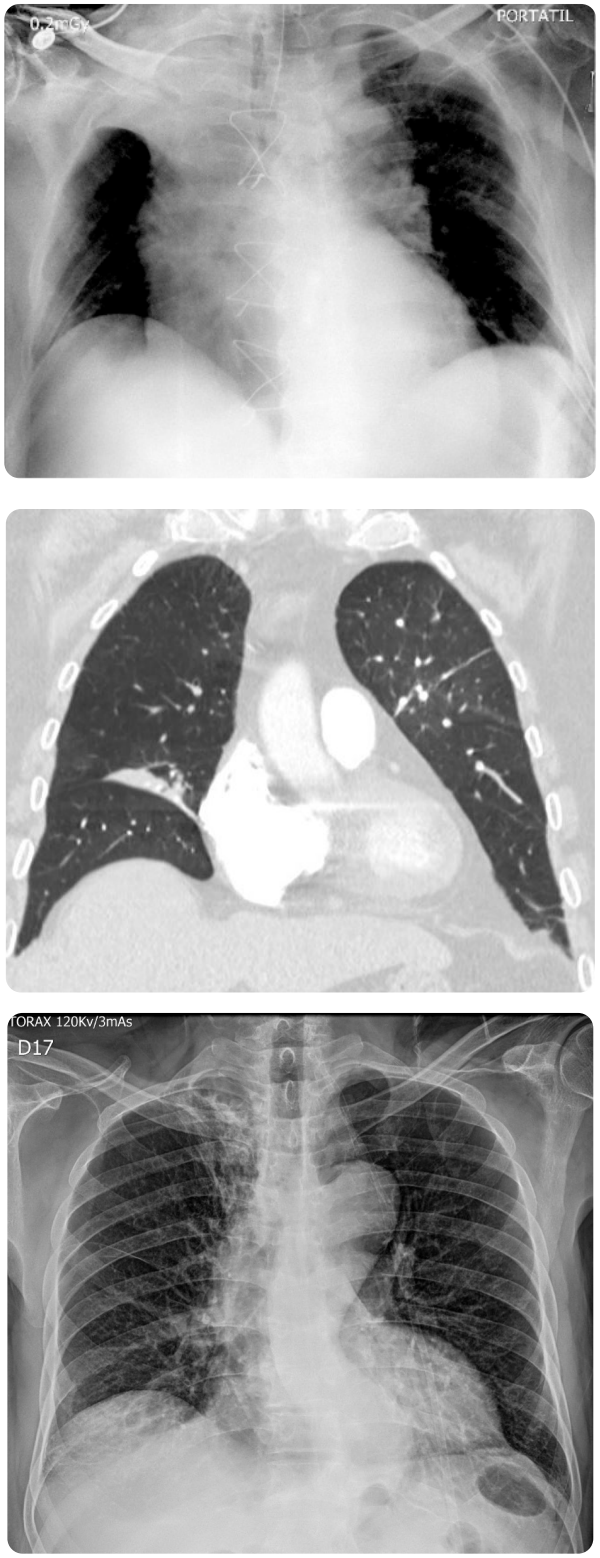


Figura 2. Atelectasias. a) Rx de tórax proyección AP. Lobar / *lobar*: Rx de tórax en proyección PA con atelectasia del lóbulo superior derecho. b) TAC de tórax, reconstrucción coronal, en ventana para pulmón. Atelectasias lineales (definición previa: en forma de banda o laminar) / *linear (previously plate-like or band-like):* TAC en ventana para pulmón reconstrucción coronal con atelectasia lineal del lóbulo medio del pulmón derecho. c) Rx de tórax, proyección PA. Subsegmentarias / *subsegmental:* atelectasia subsegmentaria del segmento apical del lóbulo superior derecho.

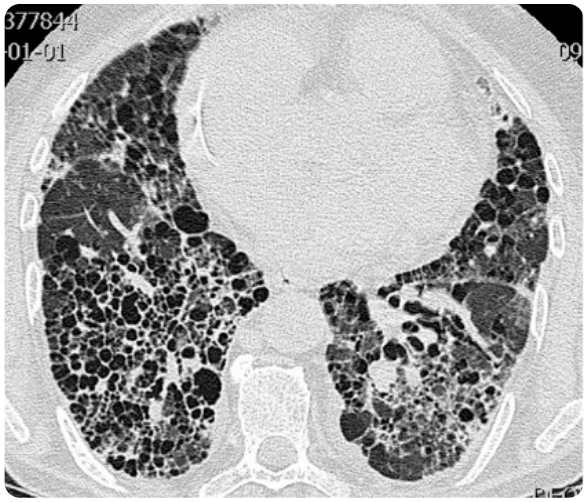


Figura 3. Fibrosis (patología) / *fibrosis (pathology).* TAC de tórax en ventana para pulmón. Alteración de la arquitectura pulmonar con engrosamiento irregular de septos interlobulillares, bronquiectasias de tracción, y formación de "panal de abejas" en relación con patrón de neumonía intersticial usual.



Figura 4. Vidrio esmerilado / *ground-glass.* TAC de tórax, plano axial, en ventana para pulmón. Opacidades en vidrio esmerilado en los lóbulos inferiores con algunas zonas de consolidación de predominio en el lóbulo inferior derecho.

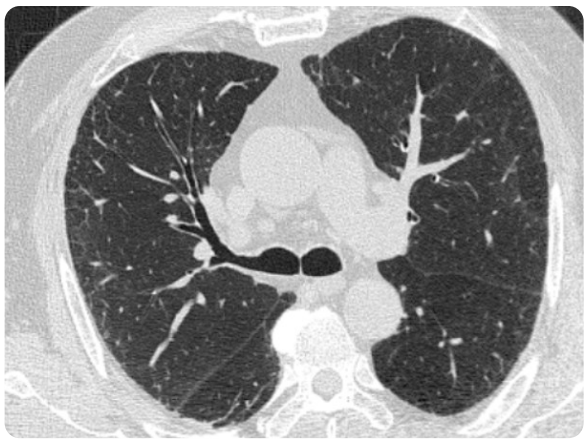


Figura 5. Anormalidades intersticiales pulmonares (patología) / *interstitial lung abnormalities (pathology) (ILAs).* TAC de tórax plano axial, en ventana para pulmón. Discretas opacidades intersticiales subpleurales en los lóbulos superiores.

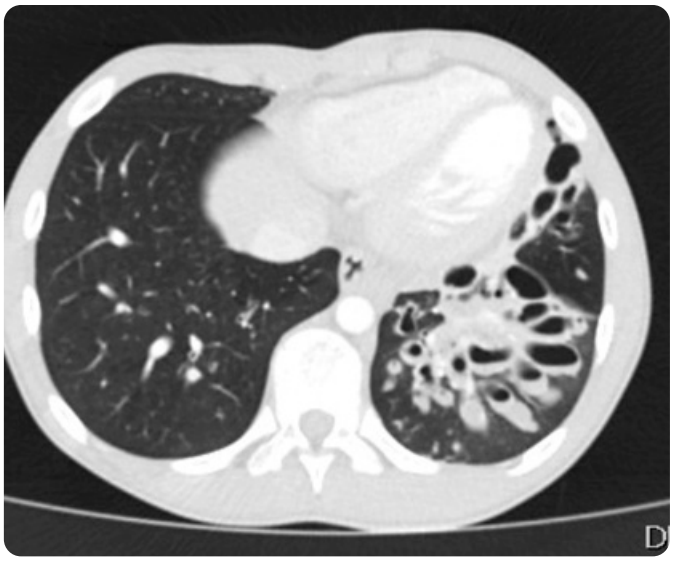


Figura 6. Impactación mucosa / *mucoid impaction.* TAC de tórax, plano axial, en ventana para pulmón. Bronquiectasias en el lóbulo inferior izquierdo y en lo visualizado de la língula con material con densidad de tejidos blandos en el interior por impactación de moco.



Figura 7. Línea paratraqueal / *paratracheal stripe.* TAC de tórax, reconstrucción coronal, en ventana para mediastino. Engrosamiento de la línea paratraqueal derecha en paciente con múltiples adenopatías mediastinales y consolidación en el lóbulo inferior derecho.

13. Anormalidades intersticiales pulmonares (patología) */ interstitial lung abnormalities (pathology) (ILAs)*

Es un término genérico usado para anormalidades sutiles en zonas no dependientes del pulmón, detectadas incidentalmente. Generalmente, se manifiestan como combinaciones variadas de opacidades en vidrio esmerilado y opacidades reticulares, que pueden afectar más del 5% de la zona superior, media o inferior del pulmón, visualizadas en los niveles de la parte inferior del arco aórtico y la vena inferior pulmonar derecha, respectivamente (figura 5) (18,19).

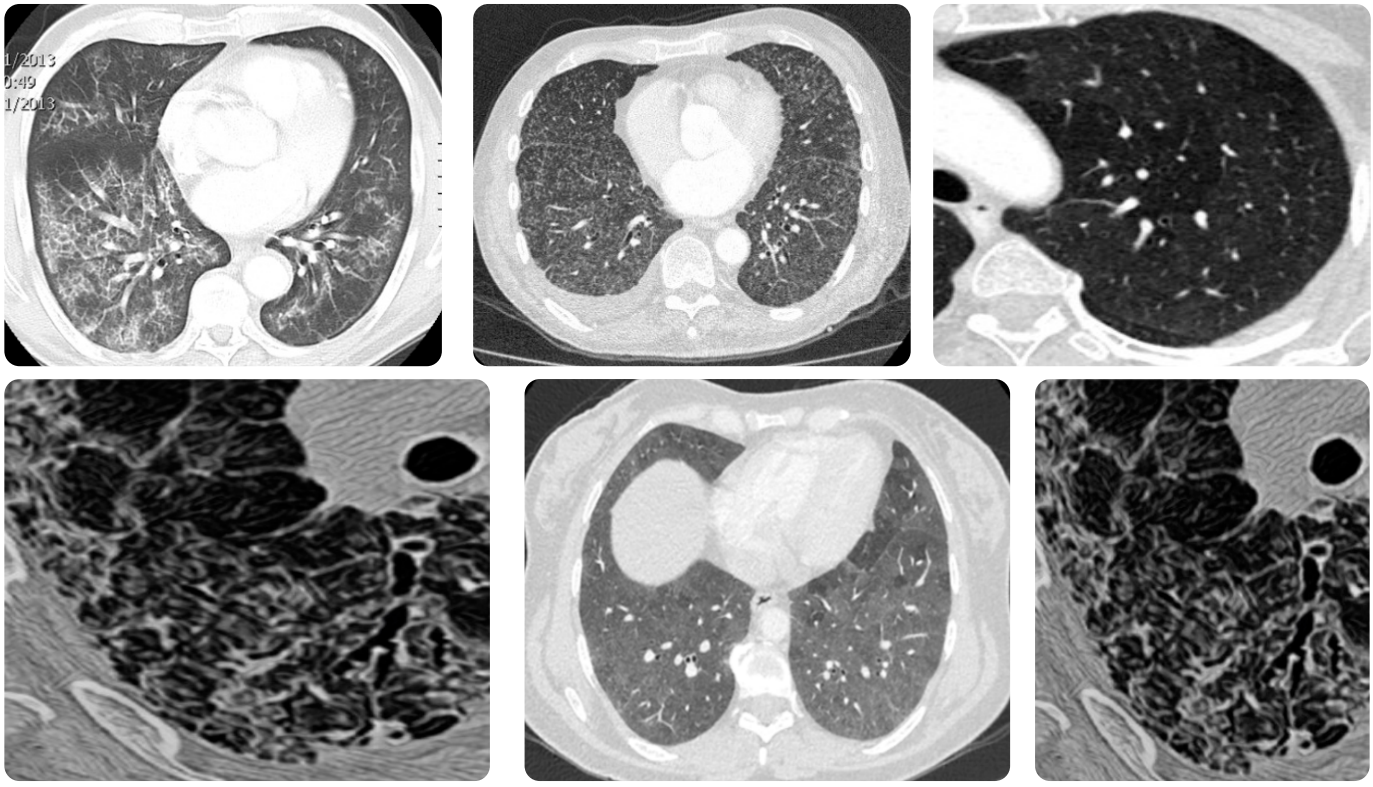


Figura 8. Patrón */ pattern.* TAC de tórax en plano axial. a) Empedrado */ crazy paving.* Patrón en empedrado (engrosamiento liso de septos interlobulillares con áreas de vidrio esmerilado). b) Miliar */ **miliary.*** Distribución difusa de micronódulos, creando un patrón miliar. c) Mosaico */ Mosaic.* Regiones delimitadas con atenuación normal y aumentada en ambos pulmones. d) Reticular */ reticular.* Opacidades reticulares en lóbulos inferiores que alteran la arquitectura pulmonar. e) Triple atenuación (triple densidad) */ three attenuation (three density).* Parénquima pulmonar izquierdo con zonas de atenuación normales, disminuidas y aumentadas. f) Árbol en gemación */ tree- in- bud.* Apariencia de árbol en gemación de micronódulos centrilobulillares en lóbulos inferiores.

14. *Enfermedad intersticial del pulmón* (patología) */ interstitial lung disease (pathology)*

Es el término genérico utilizado para un grupo grande de enfermedades pulmonares que involucran el intersticio y están usualmente asociadas a un daño pulmonar restrictivo.

15. *Irregular* (anatomía - patología) */ irregular (anatomy - pathology)*

Es un término general que describe los márgenes de una estructura, como no liso o desigual. Algunos descriptores más precisos que caben dentro de este término general son *lobulación* y *espiculación*.

16. *Lobulación* (anatomía - patología) */ lobulation (anatomy - pathology)*

Es un término descriptivo que se refiere a una protrusión en forma de lóbulo y frecuentemente asimétrica en los márgenes de una estructura.

17. *Ganglio linfático* (anatomía) */ lymph node (anatomy)*

Los ganglios linfáticos normales se ven mejor en TAC donde son redondos, ovalados o en forma de fríjol o judía, algunas veces con un hilio graso visible. Los ganglios linfáticos presentes en el parénquima pulmonar se llaman pulmonares o intrapulmonares; comúnmente son de morfología triangular y aparecen en contacto con superficies pleurales, en el septo interlobular y en los puntos de bifurcación vascular. Agregados del tejido linfático sin una cápsula se ven comúnmente a lo largo de cisuras pleurales, y estrictamente no son nódulos linfáticos (20).

18. *Impactación mucosa* (patología) */ mucoid impaction (pathology)*

También se le conoce como *taponamiento mucoso*, representa la ocupación de la vía aérea por secreciones mucoides y puede ser obstructivo o no obstructivo (figura 6) (21).

19. *Línea paratraqueal* (anatomía) */ paratracheal stripe (anatomy)*

La línea paratraqueal corresponde a una interfase entre dos estructuras y es clave para sospechar anormalidades, especialmente en la radiografía de tórax. La línea paratraqueal derecha corresponde a la interfase entre la pared traqueal derecha, la pleura adyacente y la grasa mediastinal entre ellas y se ve en las radiografías frontales del tórax. Comienza superiormente a la altura de las clavículas y se extiende inferiormente hacia el ángulo traqueobronquial derecho a la altura del arco de la vena ácigos. La línea paratraqueal izquierda corresponde a la interfase entre el lóbulo superior izquierdo y la grasa mediastinal adyacente a la pared traqueal izquierda. Se extiende superiormente desde el cayado aórtico para unirse con la reflexión de la arteria subclavia izquierda (figura 7) (22).

20. Patrón (anatomía - patología) */ pattern (anatomy - pathology)*

Los patrones son características que se reconocen en imágenes y permiten el acercamiento a los posibles diagnósticos diferenciales. En la tabla 2 se describen y se pueden ver algunos ejemplos en la figura 8.

Tabla 2. Términos nuevos incluidos como patrones

Término	Definición
Empedrado / *crazy paving*	Opacidades en vidrio esmerilado con engrosamiento septal y líneas reticulares intralobulares (23).
Intersticial / *interstitial*	Descriptor que se refiere a la trama de tejido conjuntivo pulmonar (24).
Miliar / *miliary*	Subcategoría del patrón nodular que hace referencia a micronódulos difusos, distribuidos aleatoriamente, de tamaño uniforme, con diámetros de 1 a 2 mm (24).
Mosaico / *mosaic*	Patrón en parches: áreas con atenuación disminuida o aumentada de acuerdo con su origen (vía aérea o vascular).
Nodular / *nodular*	Patrón que incluye nódulos (24).
Reticular / *reticular*	Grupo de opacidades lineales que se interceptan y se asemejan a una red, ocasionalmente descrita como *reticulación / reticulation (24).*
Reticulonodular / *reticulonodular*	Combinación de un patrón reticular y uno nodular.
Triple atenuación (triple densidad) / *three attenuation (three density)*	Combinación de zonas claramente demarcadas con atenuación normal, aumentada y disminuida en imágenes de TAC obtenidas en inspiración.
Árbol en gemación / *tree- in- bud*	Micronódulos conectados a opacidades lineales con una o más ramificaciones, que se asemeja a los retoños de un árbol (25).

21. Pleura (anatomía) */ pleura (anatomy)*

Membrana serosa de dos capas que se dobla en sí misma en el hilio y que cubre ambos pulmones. Las dos capas de la membrana están separadas por una pequeña cantidad de lubricante viscoso llamado *líquido pleural*. En imágenes, la pleura normal se ve mejor donde forma la cisura interlobar o en presencia de grasa extrapleural. La pleura parietal se puede subdividir en mediastinal —cubre la parte lateral de las superficies del pericardio fibroso, el esófago y la aorta torácica—, diafragmática —cubre la superficie superior del diafragma— y costal —cubre la parte interna de la reja costal—. La forma del adjetivo *pleural* se asocia usualmente a los siguientes términos:

- *Derrame* (patología) */ effusion (pathology),* líquido pleural excesivo causado por factores mecánicos, edema, infección, inflamación o malignidad. En radiografías, los derrames pleurales pequeños se manifiestan como borramiento de los ángulos costofrénicos, frecuentemente en forma de menisco. Los derrames de mayor volumen se ven como opacidades homogéneas en regiones dependientes. La TAC puede mostrar loculaciones, al igual que engrosamiento de la pleura e hiperemia cuando el examen se hace con medio de contraste.
- *Placa* (patología) */ plaque (pathology),* lesiones focales fibrohialinas que surgen en la pleura parietal. En las imágenes, las placas pleurales son áreas bien definidas lisas o tipo meseta que frecuentemente contienen calcificaciones.
- *Banda* (patología) */ tag (pathology),* una o más líneas gruesas o hebras en forma de banda que se extienden desde una estructura (por ejemplo, un nódulo o sus componentes) y que tienen contacto directo con la pleura o con una cisura. Patológicamente, las bandas pleurales se asocian con frecuencia con un septo interlobular engrosado que conecta una estructura con la pleura. Usualmente las bandas son inespecíficas; se han descrito como un indicador potencial de invasión de la pleura visceral (figura 10).
- *Engrosamiento* (patología) */ thickening (pathology),* aumento focal o difuso del grosor de la pleura, comúnmente causado por fibrosis después de irritación crónica o mecánica recurrente (por ejemplo, por fracturas costales) y por derrame pleural o neumotórax. El engrosamiento pleural es visible en TAC como una banda curvilínea de tejidos blandos, que pasa internamente a las costillas y a los músculos intercostales. La pleura engrosada usualmente realza y se ve mejor después de administrar medio de contraste intravenoso (figura 9).

22. Neumonitis (patología) */ pneumonitis (pathology)*

Es un término diagnóstico que designa inflamación del parénquima pulmonar, tanto infecciosa como no infecciosa. Los términos *neumonía* y *neumonitis* pueden ser usados indistintamente, pero se prefieren las definiciones previamente mencionadas.

23. Tráquea en vaina de sable (patología) */ saber-sheath trachea (pathology)*

Se refiere a la forma anormal de la tráquea, con un aumento del diámetro sagital (anteroposterior) y un diámetro coronal (izquierda a derecha) disminuido, lo que se asemeja a una vaina de sable. Para cumplir la definición, el diámetro coronal interno de la tráquea debe ser dos tercios o menos que el diámetro sagital al mismo nivel anatómico, sin que haya alguna causa extrínseca de compresión (26).

24. Septo (anatomía) */ septum (anatomy)*

Es una estructura de tejido conjuntivo en forma de vaina que rodea los lóbulos pulmonares secundarios. Como son lóbulos separados, también se conocen como *septos interlobulares*. Contienen venas y vasos linfáticos. Por su orientación perpendicular a la pleura, se pueden ver líneas septales aisladas en algunas evaluaciones de TAC en pacientes saludables en los ápices pulmonares y en las bases como estructuras lineales delgadas que separan los lóbulos pulmonares secundarios. El adjetivo septal se usa comúnmente con los siguientes términos:

- *Línea* (anatomía) */ line (anatomy),* corresponde a una estructura lineal que representa un septo interlobular o,
- *Engrosamiento* (patología) */ thickening (pathology),* representado en radiografía de tórax y TAC como estructuras lineales con ángulos rectos en contacto con las superficies de la pleura (figura 10).



Figura 9. Pleura (anatomía) / *pleura (anatomy).* a) TAC de tórax, axial, en ventana para pulmón. Placa / *plaque.* Placas pleurales en los segmentos anteriores de los lóbulos superiores derecho e izquierdo. b) TAC de tórax, axial, en ventana para pulmón. Banda / *tag.* Nódulo complejo con varias bandas pleurales que emergen del nódulo hacia la pleura. c) TAC de tórax, axial, en ventana para mediastino. Engrosamiento / *yhickening.* Engrosamiento de la pleura mediastinal y parietal del hemitórax izquierdo de apariencia nodular que produce disminución del volumen pulmonar.

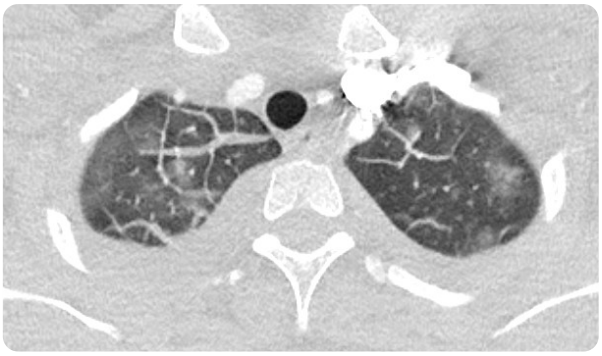


Figura 10. Engrosamiento septal / *septum thickening.* TAC de tórax en ventana para pulmón. Engrosamiento liso de los septos interlobulillares que delimitan los contornos del lobulillo pulmonar secundario en el lóbulo superior derecho.

25. *Espiculación* (patología) / *spiculation (pathology)*

Es un término descriptivo que se refiere a múltiples líneas finas que se extienden desde una estructura (por ejemplo, un nódulo o sus componentes) hasta el parénquima pulmonar a su alrededor de una forma estrellada (27).

26. *Traqueomalacia, traqueobroncomalacia* (patología) / *tracheomalacia, tracheobroncomalacia (pathology)*

Términos usados cuando hay excesivo movimiento hacia el interior de la tráquea o los bronquios principales durante la espiración. La expresión relacionada *colapso de la vía aérea por dinámica excesiva* / *excessive dynamic airway collapse* se usa cuando el colapso traqueobronquial se debe a una invaginación excesiva de la pared posterior muscular de la tráquea o de las paredes de los bronquios principales durante la espiración. Ambas entidades se pueden diagnosticar con una TAC dinámica espiratoria. Sin embargo, es importante tener en cuenta que en individuos saludables la tráquea puede colapsarse en un 70 % o más durante la espiración forzada (28).

Términos reorganizados

Se consideró la inclusión de algunos términos en otras definiciones de manera que se reorganizan y se completan de acuerdo con las patologías o hallazgos radiológicos. El resumen de los términos reorganizados se encuentra en la tabla 3.

Tabla 3. Términos reorganizados en la versión 2024

#	Término	Incluido en la definición de
1	Cisura de la ácigos / *azygous fissure*	Cisura / *fissure*
2	Bronquiolectasia / *bronchiolectasis*	Bronquiectasia / *bronchiectasis*
3	Broncocéntrico / *bronchocentric*	Distribución anatómica / *anatomic distribution*
4	Centrilobular / *centrilobular*	Distribución anatómica / *anatomic distribution*
5	Enfisema centrilobular / *centrilobular emphysema*	Enfisema / *emphysema*
6	Patrón en empedrado / *crazy-paving pattern*	Patrón / *pattern*
7	Neumonía organizada criptogénica / *cryptogenic organizing pneumonia*	Neumonía organizada / *organizing pneumonia*
8	Aspergiloma o micetoma / *fungus ball*	Menisco de aire / *air crescent*
9	Atrapamiento de gas / *gas trapping*	Atrapamiento de aire / *air trapping*
10	Nódulo de vidrio esmerilado / *ground glass nodule*	Nódulo / *nodule*
11	Opacidad de vidrio esmerilado / *ground glass opacity*	Vidrio esmerilado / *ground glass*
12	Engrosamiento del septo interlobular / *interlobular septum thickening*	Septo / *septum*
13	Enfisema intersticial / *interstitial emphysema*	Enfisema / *emphysema*
14	Líneas intralobulares / *intralobular lines*	Patrón / *pattern*
15	Atelectasias lineales / *linear atelectasis*	Atelectasias / *atelectasis*

16	Estructuras lobulares centrales / *lobular core structures*	Lóbulo pulmonar secundario / *secondary pulmonary lobule*
17	Patrón miliar / *miliary pattern*	Patrón / *pattern*
18	Perfusión de oligohemia en mosaico / *mosaic oligoemia, perfusion*	Mosaico / *mosaic attenuation*
19	Patrón nodular / *nodular pattern*	Patrón / *pattern*
20	Enfisema panacinar / *panacinar emphysema*	Enfisema / *emphysema*
21	Enfisema paraseptal / *paraseptal emphysema*	Enfisema / *emphysema*
22	Opacificación parenquimatosa / *parenchymal opacification*	Banda parenquimatosa / *parenchymal band*
23	Intersticio peribroncovascular / *peribronchovascular interstitium*	Distribución anatómica / *anatomic distribution*
24	Distribución perilobular / *perilobular distribution*	Distribución anatómica / *anatomic distribution*
25	Distribución perilinfática / *perilymphatic distribution*	Distribución anatómica / *anatomic distribution*
26	Placa pleural / *pleural plaque*	Pleura / *pleura*
27	Redistribución del flujo sanguíneo pulmonar / *pulmonary blood flow redistribution*	Redistribución de flujo sanguíneo / *blood flow redistribution*
28	Patrón reticular / *reticular pattern*	Patrón / *pattern*
29	Patrón reticulonodular / *reticulonodular pattern*	Patrón / *pattern*
30	Signo de halo inverso / *reversed halo sign*	Signo del atolón / *atoll sign*
31	Línea paratraqueal derecha / *right paratracheal stripe*	Línea paratraqueal / *paratracheal stripe*
32	Atelectasia redonda / *rounded atelectasis*	Atelectasia / *atelectasis*
33	Línea septal / *septal line.*	Septo / *septum*
34	Engrosamiento septal / *septal thickening*	Septo / *septum*
35	Banda subpleural curvilínea / *subpleural curvilinear line*	Distribución anatómica / *anatomic distribution*
36	Bronquiectasias o bronquiolectasias por tracción / *traction bronchiectasis-traction bronchiolectasis*	Bronquiectasias / *bronchiectasis*
37	Patrón de árbol en gemación / *tree-in-bud pattern*	Patrón / *pattern*

Términos eliminados

Algunos términos incluidos en los glosarios previos fueron eliminados por considerar que se describen mejor de otra manera, incluso en otros documentos de esta Sociedad o porque actualmente no se recomienda su uso; aunque algunos siguen vigentes. Estos términos se encuentran en la tabla 4.

Tabla 4. Términos eliminados en la versión 2024

#	Términos eliminados
1	Neumonía intersticial aguda / *acute interstitial pneumonia*
2	Signo del septo con cuentas / *beaded septum sign*
3	Bronquiolitis / *bronchiolitis*
4	Enfisema bulloso / *bullous emphysema*
5	Neumonía intersticial descamativa / *desquamative interstinial pneumonia*
6	Daño alveolar difuso / *difuse alveolar damage*
7	Pulmón doblado / *folded lung*
8	Fibrosis pulmonar idiopática / *idiopatic pulmonay fibrosis*
9	Infiltrado / *infiltrate*
10	Líneas de Kerley / *Kerley lines*
11	Neumonía linfoide intersticial / *lymphoid intersttial pneumonia*
12	Neumonía intersticial inespecífica / *nonspecific interstitial pneumonia*
13	Fibrosis masiva progresiva / *progressive massive fibrosis*
14	Pseudocavidad / *pseudocavity*
15	Pseudoplaca / *pseudoplaque*
16	Bronquitis respiratoria-enfermedad pulmonar intersticial / *respiratory bronchitis-interstitial lung disease*
17	Neumonía intersticial usual / *usual interstitial pneumonia*

Claves para recordar (conclusiones)

Para concluir, es indispensable que los profesionales de la salud —independientemente del área de especialización— se mantengan informados sobre las actualizaciones del glosario Fleischner al igual que de otras actualizaciones de manejos y términos médicos, ya que estas modificaciones son clave para una comunicación efectiva y un entendimiento común en la práctica diaria. Además, el estar seguros de comprender plenamente lo que se lee facilita el trabajo en equipo y mejora la calidad de la atención al paciente. Por último, es fundamental que las diferentes versiones de los glosarios se reproduzcan en múltiples idiomas, para realmente crear un lenguaje homogéneo y accesible para todos los profesionales, independientemente de su lengua nativa. La homogeneidad que se quiere lograr en el conocimiento y el lenguaje es un paso necesario para brindar una atención integral y colaborativa en el ámbito de la salud.

De igual manera, conviene tener en cuenta que para este artículo se consultaron los diccionarios de Fernando Navarro y de la Real Academia de Medicina de España (29,30).

Referencias

1. Fleischner Society. (n.d.). The Fleischner Society [internet]. Disponible en: https://fleischner.memberclicks.net
2. Hansell DM, Bankier AA, MacMahon H, McLoud TC, Müller NL, Remy J. Fleischner Society: Glossary of terms for thoracic imaging. Radiology. 2008;246(3):697-722. https://doi.org/10.1148/radiol.2462070712
3. Bankier AA, MacMahon H, Colby T, Gevenois PA, Goo JM, Leung AN, et al. Fleischner Society: Glossary of terms for thoracic imaging. Radiology. 2024;310(2). https://doi.org/10.1148/radiol.232558
4. Boiselle PM, Ernst A. State-of-the-art imaging of the central airways. Respiration. 2003;70(4):383-94. https://doi.org/10.1159/000072902
5. Pu J, Gu S, Liu S, Zhu S, Wilson D, Siegfried JM, Gur D. CT based computerized identification and analysis of human airways: A review. Med Phys. 2012;39(5):2603-16. https://doi.org/10.1118/1.4703901
6. Schreuder A, van Ginneken B, Scholten ET, Jacobs C, Prokop M, Sverzellati N, et al. Classification of CT pulmonary opacities as perifissural nodules: reader variability. Radiology. 2018;288(3):867-75. https://doi.org/10.1148/radiol.2018172771
7. Kamp DW. Asbestos-induced lung diseases: an update. Translat Res. 2009;153(4):143-52. https://doi.org/10.1016/j.trsl.2009.01.004
8. Mossman BT, Gee JBL. Asbestos-related diseases. New Eng J Med. 1989;320(26):1721-730. https://doi.org/10.1056/NEJM198906293202604
9. Lee AS, Ryu J H. Aspiration pneumonia and related syndromes. Mayo Clinic Proceed. 2018;93(6):752-62. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.03.011
10. Marik PE. Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia. New Eng J Med. 2001;344(9):665-71. https://doi.org/10.1056/NEJM200103013440908
11. Woodring JH, Reed JC. Types and mechanisms of pulmonary atelectasis. J Thor Imag. 1996;11(2):92-108. https://doi.org/10.1097/00005382-199621000-00002
12. Godoy MCB, Viswanathan C, Marchiori E, Truong MT, Benveniste MF, Rossi S, et al. The reversed halo sign: update and differential diagnosis. Br J Radiol. 2012;85(1017):1226-35. https://doi.org/10.1259/bjr/54532316
13. Milne E, Pistolesi M, Miniati M, Giuntini C. The radiologic distinction of cardiogenic and noncardiogenic edema. Am J Roentgenol. 1985;144(5):879-94. https://doi.org/10.2214/ajr.144.5.879
14. Wagenvoort CA. Pathology of pulmonary thromboembolism. Chest. 1995;107(1):10S-17S. https://doi.org/10.1378/chest.107.1_Supplement.10S
15. Remy-Jardin M, Pistolesi M, Goodman LR, Gefter WB, Gottschalk A, Mayo JR, et al. Management of suspected acute pulmonary embolism in the era of CT angiography: a statement from the Fleischner Society. Radiology. 2007;245(2):315-29. https://doi.org/10.1148/radiol.2452070397
16. Stark D, Federle M, Goodman P, Podrasky A, Webb W. Differentiating lung abscess and empyema: radiography and computed tomography. Am J Roentgenol. 1983;141(1):163-7. https://doi.org/10.2214/ajr.141.1.163
17. Remy-Jardin M, Remy J, Giraud F, Wattinne L, Gosselin B. Computed tomography assessment of ground-glass opacity: semiology and significance. J Thor Imag. 1993;8(4):249-64. https://doi.org/10.1097/00005382-199323000-00001
18. Hata A, Schiebler ML, Lynch DA, Hatabu H. Interstitial lung abnormalities: state of the art. Radiology. 2021;301(1):19-34. https://doi.org/10.1148/radiol.2021204367
19. Hatabu H, Hunninghake GM, Richeldi L, Brown KK, Wells AU, Remy-Jardin M, et al. Interstitial lung abnormalities detected incidentally on CT: a position paper from the Fleischner Society. Lancet Respirat Med. 2020;8(7):726-37. https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30168-5
20. Kradin RL, Spirn PW, Mark E J. Intrapulmonary lymph nodes. Chest. 1985;87(5):662-7. https://doi.org/10.1378/chest.87.5.662
21. Martínez S, Heyneman LE, McAdams HP, Rossi SE, Restrepo CS, Eraso A. Mucoid impactions: finger-in-glove sign and other CT and radiographic features. RadioGraphics. 2008;28(5):1369-82. https://doi.org/10.1148/rg.285075212
22. Gibbs JM, Chandrasekhar CA, Ferguson EC, Oldham SA. Lines and stripes: where did they go? From conventional radiography to CT. RadioGraphics. 2007;27(1):33-48. https://doi.org/10.1148/rg.271065073
23. Rossi SE, Erasmus JJ, Volpacchio M, Franquet T, Castiglioni T, McAdams HP. "crazy-paving" pattern at thin-section CT of the lungs: radiologic-pathologic overview. RadioGraphics. 2003;23(6):1509-19. https://doi.org/10.1148/rg.236035101
24. Collins J. CT signs and patterns of lung disease. Radiol Clin North Am. 2001;39(6):1115-35. https://doi.org/10.1016/S0033-8389(05)70334-1
25. Collins J, Blankenbaker D, Stern EJ. CT patterns of bronchiolar disease: what is "tree-in-bud"? Am J Roentgenol. 1998;171(2):365-70. https://doi.org/10.2214/ajr.171.2.9694453
26. Greene R, Lechner GL. "Saber-Sheath" trachea: a clinical and functional study of marked coronal narrowing of the intrathoracic trachea. Radiology. 1975;115(2):265-8. https://doi.org/10.1148/115.2.265
27. Zwirewich C, Vedal S, Miller RR, Müller NL. Solitary pulmonary nodule: high-resolution CT and radiologic-pathologic correlation. Radiology. 1991;179(2):469-76. https://doi.org/10.1148/radiology.179.2.2014294
28. Aslam A, de Luis Cárdenas J, Morrison RJ, Lagisetty KH, Litmanovich D, Sella EC, et al. Tracheobronchomalacia and excessive dynamic airway collapse: current concepts and future directions. RadioGraphics. 2022;42(4):1012-27. https://doi.org/10.1148/rg.210155
29. Cosnautas. 2013-2024 Fernando A. Navarro. Dictionary of Doubts and Difficulties in English-Spanish Medical Translation Version. 4.06 [internet]. 2024, septiembre. Disponible en: https://www.cosnautas.com/en/catalogo/diccionario-medico-librorojo
30. Real Academia Nacional de Medicina de España. Diccionario de términos médicos [internet]. 2012 . Disponible en: https://dtme.ranm.es/index.aspx

Correspondencia

Felipe Aluja-Jaramillo
Departamento de Radiología
Hospital Universitario San Ignacio
Carrera 7 # 40-62
falujaj@husi.org.co

Recibido para evaluación: 25 de octubre de 2024
Aceptado para publicación: 22 de enero de 2025