

Consenso brasileiro ilustrado sobre a terminologia dos descritores e padrões fundamentais da TC de tórax

RESUMO

O objetivo deste novo consenso brasileiro é atualizar e dar continuidade à padronização da terminologia dos principais descritores e padrões fundamentais da TC de tórax em língua portuguesa. Este consenso contém uma descrição sucinta dos principais termos utilizados na TC de tórax e ilustrações de exemplos clássicos. O grupo de autores é formado por médicos radiologistas membros do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, especializados em radiologia torácica, e por pneumologistas membros da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, com particular interesse em diagnóstico por imagem.

Descritores: Pulmão; Consenso; Tomografia.

Introdução

Na avaliação de pacientes com doenças torácicas, a TC é um instrumento diagnóstico de grande importância. Nos últimos anos, novos padrões e terminologias de descritores de TC de tórax foram reconhecidos na língua inglesa, e alguns termos tornaram-se obsoletos.⁽¹⁻⁴⁾ Apesar da grande divulgação dos consensos brasileiros publicados em 2002 e em 2005, respectivamente, nas revistas "Radiologia Brasileira" (órgão oficial do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem) e "Jornal Brasileiro de Pneumologia" (órgão oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia), alguns termos ainda não foram uniformizados para a língua portuguesa.^(5,6) Após a recente publicação, em 2008, do novo glossário da Sociedade Fleischner,⁽⁷⁾ um grupo de médicos radiologistas (membros do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem) especializados em radiologia torácica, em conjunto com pneumologistas (membros da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia) com particular interesse em diagnóstico por imagem, elaboraram uma nova versão do consenso brasileiro. O objetivo principal desta atualização é dar continuidade à padronização da terminologia dos descritores mais importantes, por meio de uma exposição sucinta e de fácil leitura, e ilustrar os principais termos e padrões da TC de tórax com exemplos clássicos.

Glossário

Aprisionamento aéreo

Retenção de excesso de gás (ar) em todo ou em parte do pulmão, especialmente durante a expiração, como resultado de uma obstrução parcial ou completa de vias aéreas, ou secundária a uma anormalidade focal da complacência pulmonar. O aprisionamento aéreo é reconhecido na fase expiratória como uma redução da atenuação do parênquima pulmonar, evidenciada, sobretudo, por uma densidade menor que a habitual ([Figura 1](#)) e ausência de redução de volume.⁽⁸⁻¹⁰⁾

Ver também *Padrão de atenuação (perfusão) em mosaico*.

Atelectasia

Redução volumétrica do pulmão decorrente de uma menor aeração de uma parte ou de todo o pulmão.⁽¹¹⁾ Manifesta-se como um aumento da atenuação do parênquima pulmonar associado à redução de volume, caracterizado pelo deslocamento das fissuras, das estruturas mediastinais ou do diafragma e pela aproximação das estruturas broncovasculares do parênquima envolvido ([Figuras 2 e 3](#)).^(3,12) A distribuição pode ser subsegmentar, segmentar, lobar ou envolver todo um pulmão. Pode também ser qualificada, segundo a forma, como laminar (discoide) ou redonda.⁽¹³⁾ Nos estudos com contraste iodado, o realce homogêneo do parênquima pulmonar pode ajudar na diferenciação com consolidação ([Figura 3](#)). O termo "colapso" pode ser utilizado na presença de atelectasia completa de um lobo ou de todo o pulmão.

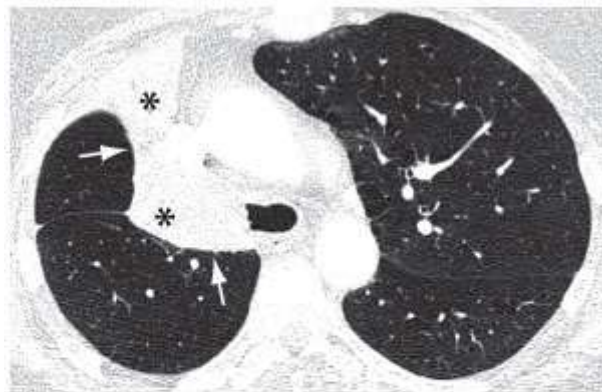


Figura 2 – Atelectasia completa do lobo superior direito (asteriscos) decorrente de obstrução brônquica. Deslocamento das fissuras (setas) e desvio ipsilateral das estruturas mediastinais estão presentes.



Figura 3 - Corte axial de TC de tórax com contraste iodado demonstrando broncogramas aéreos (setas) em áreas de parênquima pulmonar com atelectasia (em 1) e consolidação (em 2). O segmento de parênquima pulmonar com atelectasia apresenta realce normal ao meio de contraste iodado (em 1).

Atelectasia laminar

Área focal de atelectasia subsegmentar com configuração linear ou discoide, quase sempre se estendendo até a pleura ([Figura 4](#)). Geralmente horizontal ou oblíqua, mas pode também ser orientada verticalmente. A espessura pode variar de alguns milímetros a mais de 1 cm.⁽¹⁴⁾ Sinônimo: atelectasia discoide.



Figura 4 - Atelectasias laminares (setas) nas bases pulmonares.

Atelectasia redonda

Atelectasia de forma arredondada ou oval que decorre de aderência do parênquima pulmonar adjacente à área de espessamento pleural, como ocorre, por exemplo, na doença pleural relacionada ao asbesto ou na resolução de empiema.⁽¹⁵⁾ Manifesta-se como uma opacidade focal arredondada para a qual convergem estruturas broncovasculares (sinal da cauda de cometa) com base pleural junto à área de espessamento da pleura ([Figura 5](#)).^(16,17) Apresenta realce homogêneo ao contraste iodado endovenoso.

Banda parenquimatosa

Opacidade linear, geralmente periférica, na maioria das vezes em contato com a superfície pleural, que pode estar espessada e retraída no local de contato ([Figura 6](#)). Usualmente tem espessura de 1-3 mm e se estende por menos de 5 cm.⁽³⁾ Costuma ter distribuição horizontal (perpendicular à superfície pleural), mas pode ser oblíqua. Geralmente traduz fibrose pleuroparenquimatosa. Distorções da arquitetura pulmonar costumam ser identificadas. Bandas parenquimatosas são mais frequentemente encontradas em pacientes expostos ao asbesto.⁽¹⁸⁾



Figura 6 - Reformatão coronal de TCAR de tórax revelando bandas parenquimatosas no lobo superior esquerdo (setas), com mínima irregularidade da superfície pleural adjacente.

Bola fúngica

Resulta da colonização fúngica de cavidades pulmonares preexistentes, geralmente secundárias à tuberculose ou à sarcoidose, mas pode também ocorrer dentro de cistos (por ex.: cisto broncogênico), bolhas e brônquios dilatados. Na maioria das vezes, a colonização é causada por *Aspergillus* spp., sendo comum, nesse caso, o uso do termo "aspergiloma". Representa um enovelado de hifas associado a muco, fibrina e restos celulares. Na TC, apresenta-se como uma imagem de uma massa, arredondada ou oval, com tendência a mover-se para uma localização pendente com a aquisição de imagens em decúbitos diferentes ([Figura 7](#)).⁽¹⁹⁾ Outros achados comuns da bola fúngica incluem a presença do "sinal do crescente aéreo", calcificação amorfa no interior da lesão, aspecto esponjiforme da lesão e

espessamento pleural adjacente. O termo "bola fúngica" não deve ser utilizado como sinônimo de "micetoma", por representarem processos diferentes.⁽²⁰⁾

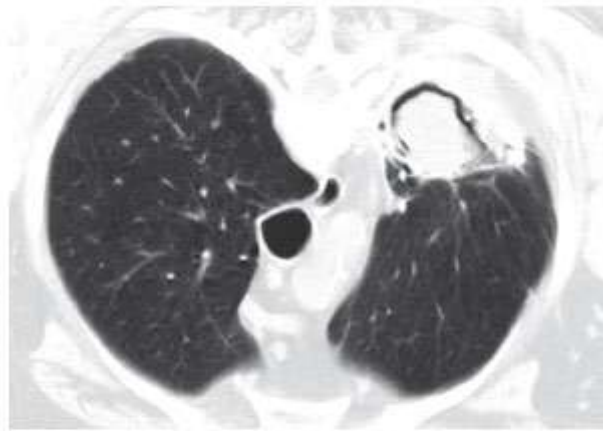


Figura 7 – Corte axial de TC de tórax obtida em decúbito ventral demonstrando bola fúngica com sinal do crescente aéreo em cavidade tuberculosa residual. Espessamento pleural associado é identificado.

Ver também *Sinal do crescente aéreo e Micetoma*.

Bolha

Área focal hipodensa que apresenta paredes bem definidas e lisas que não ultrapassam 1 mm de espessura ([Figura 8](#)).⁽⁴⁾ Geralmente de conteúdo gasoso, mas pode ocasionalmente ter nível líquido. Em geral, associa-se a outros sinais de enfisema pulmonar e apresenta localização parasseptal (achados que auxiliam na diferenciação de cistos na TC). Tipicamente mede 1 cm ou mais de diâmetro. Bolhas menores que 1 cm, localizadas na pleura visceral ou na região pulmonar subpleural, são denominadas de *blebs* na língua inglesa.^(3,7) As *blebs* (tentativamente traduzidas como vesículas) de localização apical são frequentemente responsáveis pelo pneumotórax espontâneo primário. O termo em inglês de bolha é *bulla*.

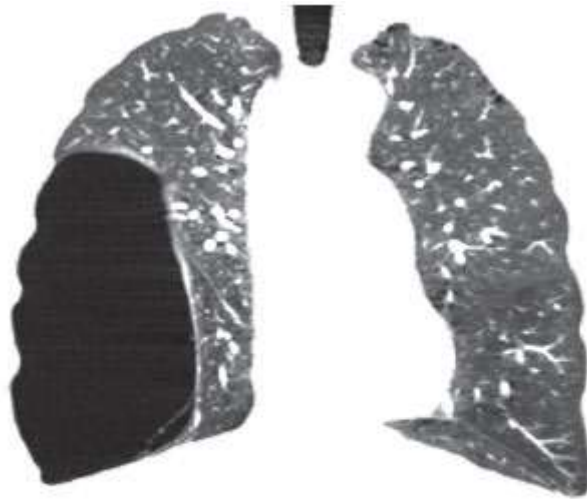


Figura 8 - Reformatação coronal de TCAR de tórax demonstrando bolha volumosa no lobo inferior direito e enfisema centroacinar mínimo nos lobos superiores.

Ver também *Enfisema bolhoso* e *Enfisema parasseptal (acinar distal)*.

Broncocele

Dilatação brônquica com retenção de secreções (impacção mucoide), geralmente causada por obstrução proximal, que pode ser congênita (por ex.: atresia brônquica) ou adquirida (por ex.: aspergilose broncopulmonar alérgica).⁽²¹⁾ A broncocele apresenta-se como uma imagem tubular ou ramificada que se assemelha a um dedo de luva ([Figura 9](#)). Na TC, pode-se observar, em casos de atresia brônquica, uma redução da atenuação do parênquima distal à lesão.

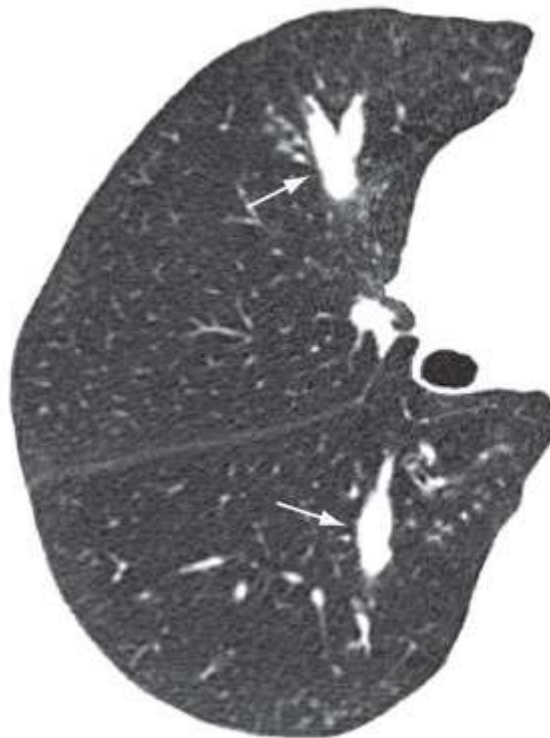


Figura 9 – Bronchocoele (setas).

Broncograma aéreo

Tradução radiológica da identificação de brônquio(s) contendo ar, circundado(s) por parênquima pulmonar doente, onde o ar dos espaços aéreos foi substituído por um produto patológico qualquer, radiologicamente mais denso que o ar (por ex.: transudato, exsudato, sangue, produto de acúmulo ou células neoplásicas). Em geral, é a expressão utilizada quando se identifica uma imagem tubular gasosa (hipodensa), no interior de uma área de pulmão opacificado ([Figuras 3 e 10](#)). Essa imagem tubular deve ter o tamanho e a orientação usual de um brônquio ou de vários brônquios, presumivelmente representando um segmento da árvore brônquica.^(22,23)

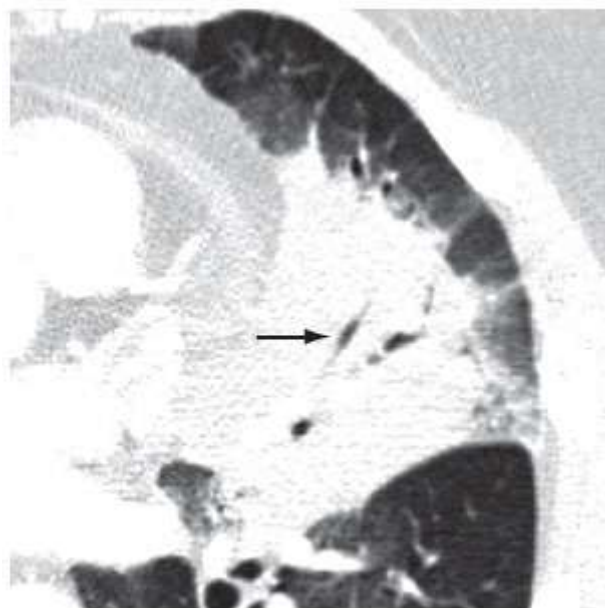


Figura 10 – Consolidação com broncogramas aéreos (seta).

Broncolito

Linfonodo peribrônquico calcificado que erode para o interior do brônquio adjacente, geralmente secundário a infecções por *Histoplasma* sp. ou *Mycobacterium tuberculosis*. Na TC, é identificado como um pequeno foco de calcificação dentro da ou adjacente à via aérea, mais frequentemente no brônquio do lobo médio ([Figura 11](#)). Distalmente, pode existir impacção de secreções, bronquiectasias ou atelectasia.^(24,25)



Figura 11 – Corte axial de TC de tórax sem contraste demonstrando broncolito (seta).

Bronquiectasia

Dilatação brônquica irreversível, que pode ser focal ou difusa. Geralmente decorre de infecção crônica, obstrução das vias aéreas proximais ou anormalidades brônquicas congênitas. Os achados morfológicos na TCAR ([Figura 12](#)) incluem o diâmetro interno do brônquio maior do que o da artéria pulmonar adjacente (sinal do anel de sinete); a perda do afinamento gradual do brônquio, definido como a manutenção do calibre por mais que 2 cm, distal à bifurcação (aspecto em "trilho de trem"); e a identificação de via aérea a menos de 1 cm da superfície pleural. Bronquiectasias são frequentemente acompanhadas de espessamento das paredes brônquicas, impacção mucoide e alterações de pequenas vias aéreas.^(26,27) A patologia define três tipos de bronquiectasia, a depender da aparência do brônquio acometido: cilíndrica, varicosa e sacular (ou cística).

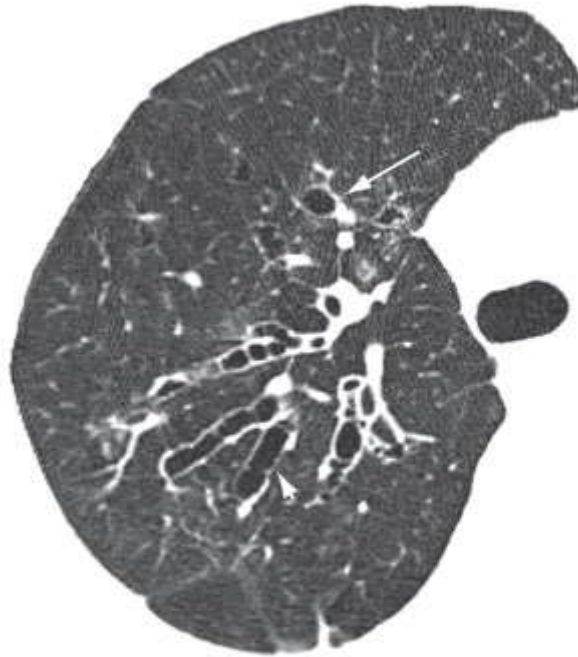


Figura 12 – Bronquiectasias caracterizadas pelo sinal do “anel de sinete” (seta longa) e aspecto em “trilho de trem” (seta curta).

Ver também *Sinal do anel de sinete*.

Bronquiectasia e bronchiolectasia de tração

Referem-se, respectivamente, à dilatação brônquica e bronquiolar, causada pela retração do parênquima em decorrência de fibrose ([Figura 13](#)).⁽³⁾ Manifestam-se como dilatações brônquicas e bronquiolares, geralmente irregulares, associadas à distorção do parênquima por fibrose e a outras alterações pulmonares (principalmente opacidades reticulares, opacidade em vidro fosco e consolidação). Possuem aspecto tubular, cístico ou microcístico (bronquíolos localizados na periferia), a depender da relação do eixo do brônquio ou do bronquíolo com o corte da TC. Esse último aspecto pode ser confundido com faveolamento, outra frequente alteração associada à fibrose pulmonar.⁽²⁸⁾

Bronchiolectasia

Dilatação bronquiolar. Análoga às bronquiectasias, mas em uma via aérea de muito menor calibre, identificada na periferia pulmonar ([Figura 14](#)). Manifestam-se como estruturas arredondadas ou tubulares, geralmente na periferia pulmonar, e com paredes espessadas ou preenchidas por secreção (ver *Padrão de árvore em brotamento*).^(3,7) Também podem se associar a outras opacidades pulmonares e à distorção do parênquima em situações de fibrose.



Figura 14 - Bronquiectasias (setas) localizadas na periferia do pulmão.

Ver também *Bronquiectasia* e *bronchiolectasia de tração*.

Cavidade (escavação)

Representa espaço que contém gás, com ou sem nível líquido, dentro de um nódulo, massa ou consolidação pulmonar. Geralmente ocorre pela eliminação ou pela drenagem da parte necrótica pela via aérea ([Figura 15](#)) ou para o espaço pleural. As paredes costumam ter contornos irregulares e medir mais de 1 mm de espessura. "Cavidade" não é sinônimo de "abscesso". O termo "cavitação" não deve ser usado como sinônimo de "escavação": na língua portuguesa, "cavitação" tem significado diferente, e seu uso é incorreto.⁽⁷⁾

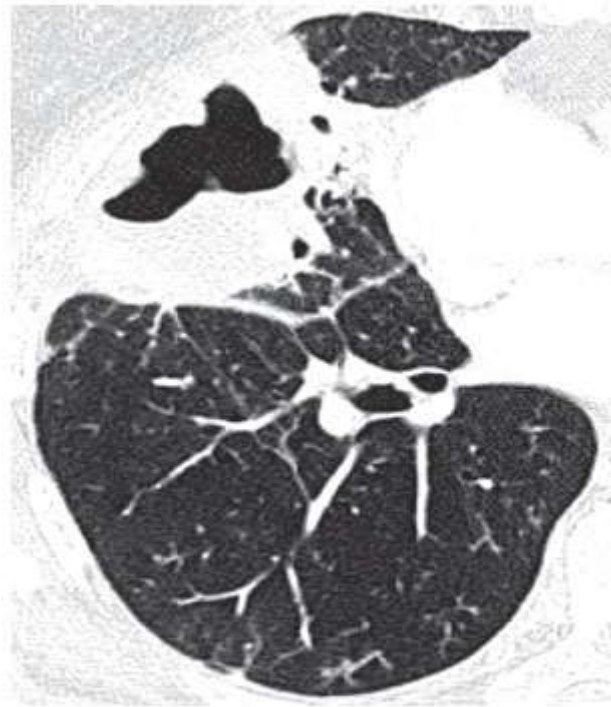


Figura 15 - Cavidade dentro de área de consolidação.

Cisto

Cisto é qualquer espaço arredondado, bem circunscrito, que é circundado por uma parede epitelizada ou fibrosa, de espessura variável.⁽²⁹⁾ Na TC, caracteriza-se por uma área arredondada de baixo coeficiente de atenuação no parênquima pulmonar com uma interface bem definida com o pulmão normal adjacente ([Figura 16](#)).^(1,7) A espessura da parede do cisto pode variar, sendo normalmente fina (< 2 mm). Cistos geralmente contêm ar, mas, ocasionalmente, podem conter líquido (por ex.: cisto broncogênico) ou mesmo algum material sólido. Doenças que cursam geralmente com múltiplos cistos pulmonares incluem a linfangioliomomatose, a histiocitose de células de Langerhans, a pneumonia intersticial linfocítica e a síndrome de Birt-Hogg-Dubé.^(30,31)

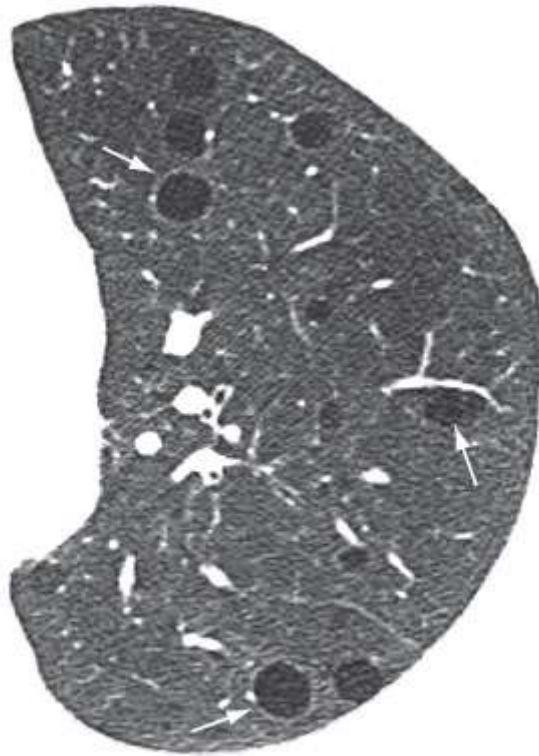


Figura 16 – Cistos pulmonares (setas) em paciente com linfangioliomatomatose.

Colapso

Geralmente utilizado como sinônimo de atelectasia completa de um lobo ou de todo o pulmão ([Figura 2](#)).⁽⁷⁾

Ver também *Atelectasia*.

Consolidação

Representa o preenchimento, com substituição do ar, dos espaços alveolares por um produto patológico qualquer, como, por exemplo, exsudato inflamatório (pneumonia), transudato (edema), sangue (hemorragia alveolar), lipoproteína (proteinose alveolar), gordura (pneumonia lipóidica), células (carcinoma bronquioloalveolar, linfoma, pneumonia em organização) ou conteúdo gástrico (pneumonia aspirativa).⁽³²⁾ Na TC, manifesta-se como um aumento da atenuação do parênquima pulmonar que impede a visualização dos vasos e dos contornos externos das paredes brônquicas. Broncogramas aéreos podem ser encontrados ([Figuras 3 e 10](#)). O valor de atenuação do parênquima consolidado, ao exame de TC sem contraste, raramente é útil no diagnóstico diferencial, exceto em algumas situações (por ex.: baixa atenuação na pneumonia lipóidica e alta atenuação na toxicidade por amiodarona).^(33,34)

Distorção da arquitetura

Deslocamentos do trajeto e/ou distorções da morfologia de estruturas anatômicas, como brônquios, vasos, cissuras ou septos interlobulares, usualmente relacionados a doenças parenquimatosas difusas, particularmente as fibrosantes.⁽⁷⁾ Na TCAR, a

perda da definição anatômica do lóbulo secundário e a redução de volume local são consideradas sinais de distorção da arquitetura lobular e podem ser considerados sinais indiretos de fibrose ([Figura 13](#)).⁽³⁾

Enfisema pulmonar

Aumento permanente do espaço aéreo distal ao bronquíolo terminal, com destruição das paredes alveolares.⁽³⁵⁾ O critério histológico adicional de "ausência de fibrose óbvia" tem sido questionado porque algum grau de fibrose intersticial pode estar presente em consequência do tabagismo.⁽³⁶⁾ O enfisema é classificado de acordo com a região do ácino acometida: proximal (enfisema centroacinar ou centrolobular), distal (enfisema parasseptal), ou todo o ácino (enfisema panacinar ou panlobular).⁽³⁷⁾ Os achados tomográficos são de áreas de baixa atenuação, tipicamente sem paredes visíveis.^(37,38)

Enfisema bolhoso

Destruição bolhosa do parênquima associada a enfisema centroacinar, acinar distal (parasseptal) ou panacinar ([Figura 17](#)). É denominado de enfisema bolhoso gigante quando as bolhas, que podem variar de 1 a mais de 20 cm de diâmetro, ocupam pelo menos um terço do hemitórax.^(7,39)

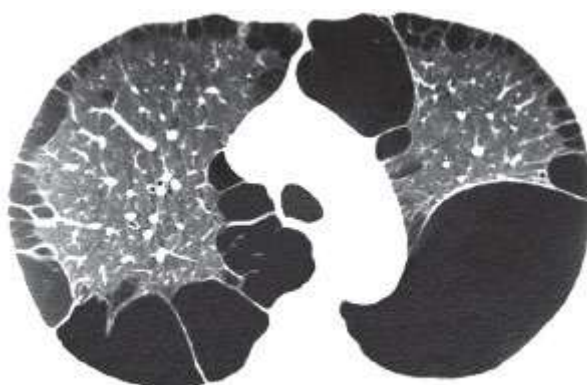


Figura 17 - Enfisema bolhoso bilateral.

Ver também *Bolha*.

Enfisema centroacinar

Destruição das paredes dos alvéolos centroacinares, associada ao aumento dos bronquíolos respiratórios e dos alvéolos que se originam nesses bronquíolos. É a forma mais comum de enfisema em fumantes de cigarro. Os achados tomográficos são de áreas centrolobulares de diminuição da atenuação, usualmente sem paredes visíveis, com distribuição não uniforme, predominantemente localizadas nas regiões pulmonares superiores ([Figura 18](#)).^(37,38) As artérias centrolobulares podem frequentemente ser identificadas no interior das áreas hipodensas. O termo centrolobular é comumente utilizado como sinônimo na TC.

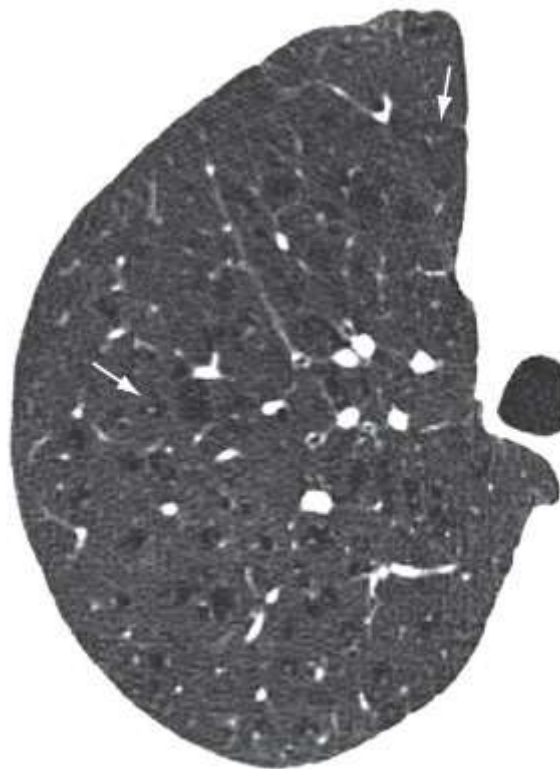


Figura 18 – Enfisema centroacinar (centrolobular) no lobo superior direito em paciente fumante. As artérias centrolobulares (setas) são identificadas no interior de algumas áreas de enfisema.

Enfisema intersticial

Dissecção do interstício pulmonar por ar, tipicamente localizado nos feixes broncovasculares, nos septos interlobulares e na pleura visceral, sendo mais frequentemente identificado em neonatos submetidos à ventilação mecânica ([Figura 19](#)). O enfisema intersticial dificilmente é reconhecido radiologicamente em adultos e é raramente identificado nos exames de TC. O processo expressa-se como áreas com densidade de ar com distribuição perivascular, peribroncovascular e/ou ao longo dos septos interlobulares ([Figura 20](#)), ou como áreas arredondadas de baixa atenuação simulando pequenas bolhas ou cistos ([Figuras 19 e 20](#)).^(40,41)

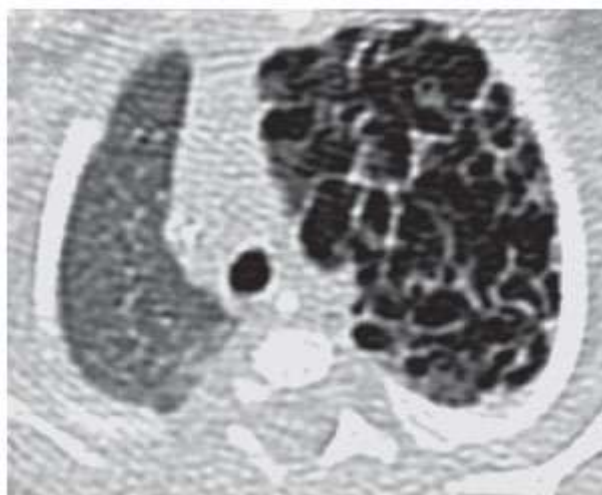


Figura 19 - Enfisema intersticial difuso à esquerda em paciente recém-nascido.



Figura 20 - Enfisema intersticial em paciente adulto caracterizado por áreas arredondadas (seta) e faixas distribuídas ao longo dos septos interlobulares (cabeças de setas) com densidade de ar.

Enfisema panacinar

O enfisema panacinar (panlobular) envolve todas as porções do ácino e, mais ou menos uniformemente, o lóbulo pulmonar secundário. Predomina nos lobos inferiores e representa a forma de enfisema associada à deficiência de alfa-1 antitripsina. O enfisema panacinar se manifesta na TC como uma diminuição generalizada da atenuação pulmonar, com redução do calibre dos vasos sanguíneos nas áreas acometidas, com ou sem distorção dos mesmos ([Figura 21](#)).^(37,38,42) O enfisema panacinar acentuado pode coexistir e combinar com o enfisema

centroacinar grave. Na TC, pode ser indistinguível dos achados de bronquiolite constrictiva grave.

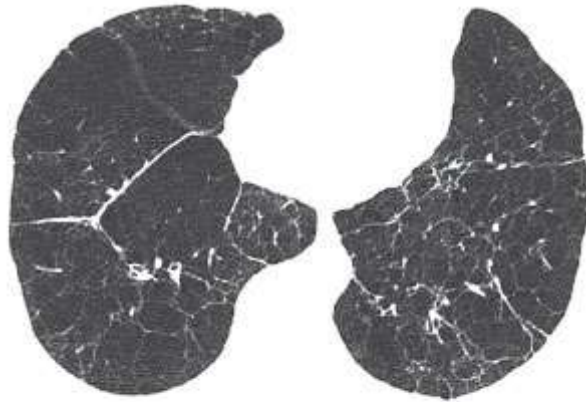


Figura 21 - Enfisema panacinar (panlobular) nos lobos inferiores em paciente com deficiência de alfa-1 antitripsina.

Enfisema parasseptal (acinar distal)

Enfisema que envolve predominantemente os alvéolos distais, seus ductos e sacos alveolares. Caracteristicamente, é delimitado por qualquer superfície pleural ou septos interlobulares. Na TC, caracteriza-se por áreas de baixa atenuação nas regiões subpleurais e peribroncovasculares, separadas por septo interlobular intacto ([Figura 22](#)).^(37,38) Algumas vezes associa-se a bolhas.



Figura 22 - Enfisema parasseptal (acinar distal) no lobo superior direito (setas).

Espaços aéreos

Corresponde aos espaços contidos pelas paredes alveolares, incluindo-se os sacos e ductos alveolares, e os alvéolos nas paredes dos bronquíolos respiratórios.⁽⁴³⁾ O termo pode ser utilizado em associação com consolidação, opacidade ou nódulos para caracterizar a origem dessas lesões nesta região anatômica pulmonar, através do preenchimento desses espaços por líquido ou células. O sinal do broncograma aéreo ([Figuras 3 e 10](#)) é a marca registrada do preenchimento do espaço aéreo.

Ver também *Broncograma aéreo*.

Espessamento de septos interlobulares

Espessamento dos septos de tecido conjuntivo que separam os lóbulos pulmonares secundários. Caracterizado na radiografia por finas opacidades lineares, também denominadas de linhas B de Kerley. Usualmente encontra-se em íntimo contato com a superfície pleural lateral, junto aos seios costofrênicos, apresentando um ângulo reto em relação à parede. Atualmente os termos "linhas septais" ou "espessamento septal" têm sido preferidos ao invés de linhas de Kerley. Na TCAR ([Figura 23](#)), o espessamento dos septos interlobulares é caracterizado pela presença de opacidades lineares que delimitam os lóbulos pulmonares secundários, mais facilmente caracterizável na região subpleural, onde tem aspecto de linhas perpendiculares à superfície pleural.^(3,44) Nas regiões centrais dos pulmões, o espessamento dos septos de lóbulos adjacentes resulta no aspecto de arcadas poligonais. O espessamento septal pode ser secundário à alteração de qualquer um

de seus componentes (veias, vasos linfáticos ou tecido conectivo) e é um achado comum a várias alterações pulmonares, embora sua presença seja particularmente destacada nos casos de edema pulmonar e de linfangite carcinomatosa. O espessamento septal pode ser do tipo liso ([Figura 23](#)), nodular ([Figura 24](#)) ou irregular. Essa diferenciação pode ajudar no diagnóstico diferencial das diversas etiologias.

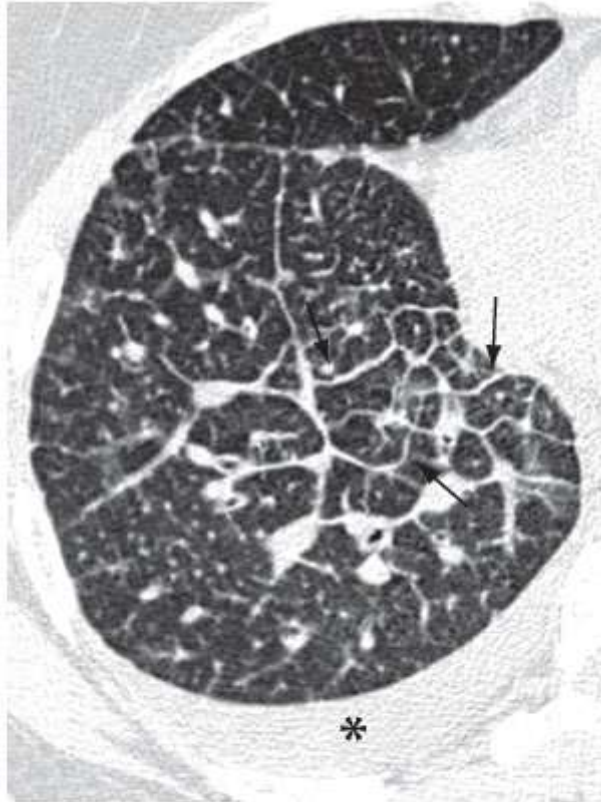


Figura 23 - Espessamento de septos interlobulares (setas) do tipo liso em paciente com edema pulmonar. Derrame pleural (asterisco).

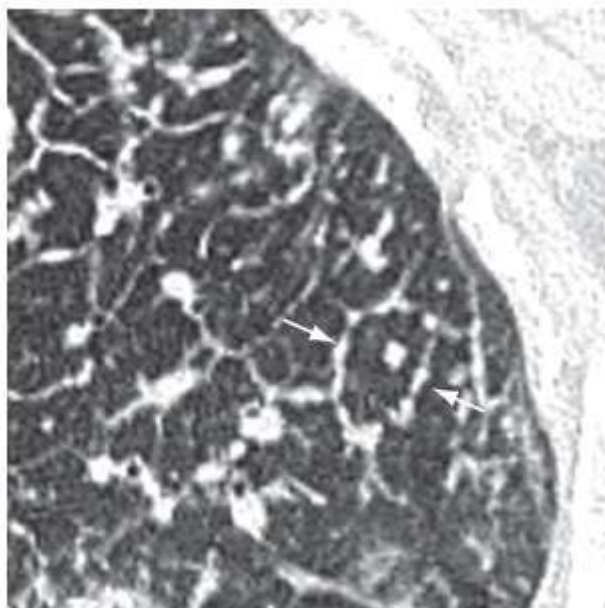


Figura 24 – Espessamento de septos interlobulares do tipo nodular (setas) com aparência de um colar de contas (sinal do septo nodular).

Estruturas centrolobulares

Região central do lóbulo pulmonar secundário, representada pelo conjunto artéria pulmonar-bronquíolo e pelo interstício pulmonar circunjacente.⁽⁴⁵⁾ Na TCAR de pacientes normais, corresponde a uma pequena imagem nodular ou linear, localizada a 3-10 mm da superfície pleural ou do septo interlobular, que representa a artéria pulmonar intralobular, com aproximadamente 1 mm de diâmetro ([Figura 25](#)).^(46,47) O bronquíolo correspondente, quando normal, tem paredes com espessura aproximada de 0,15 mm, aquém do limite de resolução da TCAR. Portanto, a doença bronquiolar que produz acentuação da estrutura centrolobular ocorre quando existe espessamento da parede ou preenchimento da luz bronquiolar ([Figura 26](#)). Padrões centrolobulares incluem: (a) nódulos; (b) árvore em brotamento; (c) espessamento do interstício peribroncovascular periférico; e (d) áreas com atenuação reduzida sem paredes visíveis (enfisema).

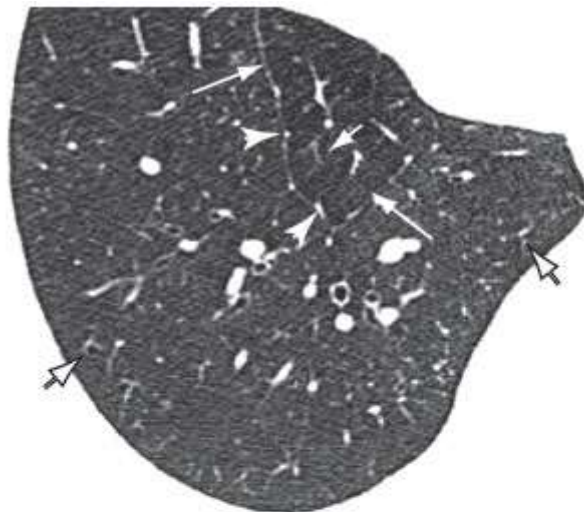


Figura 25 - Corte axial de TCAR de tórax em paciente normal demonstrando septos interlobulares (setas longas), delimitando o lóbulo pulmonar, e estruturas centrolobulares correspondendo às artérias intralobulares, identificadas como pequenas estruturas ramificadas ou nodulares no centro do lóbulo pulmonar. Essas estão melhor caracterizadas na periferia do parênquima na TCAR (setas curtas). As veias pulmonares (cabeças de setas) encontram-se dentro dos septos interlobulares.

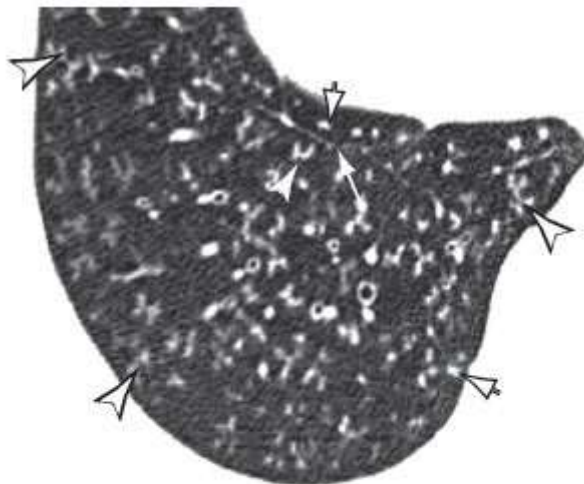


Figura 26 - Corte axial de TCAR de tórax em paciente com doença de pequena via aérea (bronquiolite infecciosa), demonstrando opacidades ramificadas (padrão de árvore em brotamento, indicado nas cabeças de setas) e pequenos nódulos centrolobulares (setas curtas). Alguns septos interlobulares normais estão presentes (seta longa).

Faveolamento (favo de mel)

Cistos pulmonares criados pela destruição de espaços aéreos distais, por fibrose do parênquima pulmonar, com desarranjo da arquitetura de ácinos e bronquíolos. Os cistos de faveolamento são revestidos por epitélio bronquiolar metaplásico e representam o estágio terminal de várias doenças pulmonares.^(1,48) Na TCAR, caracteriza-se por múltiplos cistos, em geral de localização subpleural, com diâmetros semelhantes (tipicamente de 0,3-1 cm), agrupados em camadas e compartilhando paredes bem definidas de 1-3 mm de espessura ([Figura 27](#)).⁽⁴⁹⁾ Representa um marcador tomográfico de fibrose pulmonar. As causas principais incluem fibrose pulmonar idiopática, colagenoses, pneumonite por hipersensibilidade crônica, reações pulmonares medicamentosas e asbestose.⁽²⁸⁾ Deve ser diferenciado de enfisema parasseptal e de bronquiolectasia de tração.

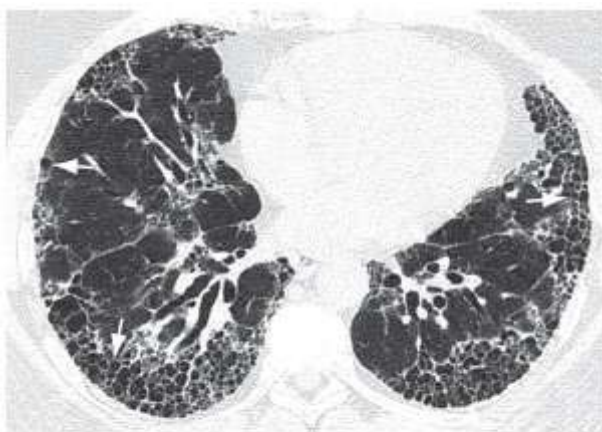


Figura 27 – Cistos de faveolamento (setas) em paciente com fibrose pulmonar.

Fibrose maciça progressiva

Confluência de pequenos nódulos pulmonares, em geral com fibrose associada ([Figura 28](#)). Frequentemente são bilaterais e predominam nos lobos superiores. Pode ser acompanhada de um aumento irregular do espaço aéreo na sua periferia. É geralmente encontrada em pacientes com história de exposição importante a poeiras inorgânicas (por ex.: pneumoconiose dos mineradores de carvão e silicose).⁽⁵⁰⁾ Achados tomográficos semelhantes podem ser encontrados em sarcoidose e talcose.⁽⁵¹⁾

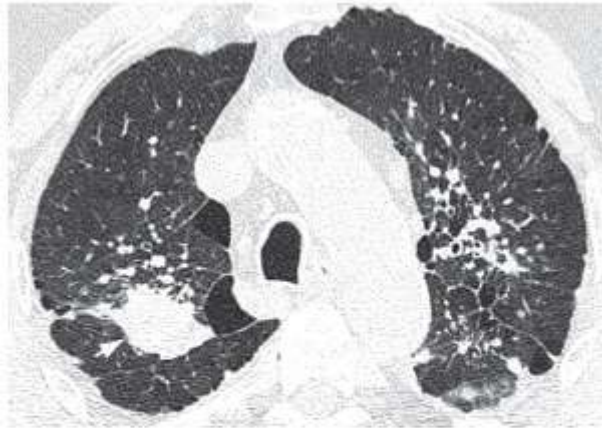


Figura 28 - Fibrose maciça progressiva (seta) em paciente com pneumoconiose dos mineiros de carvão.

Fissura (cissura)

Invaginação da pleura visceral que reveste a superfície externa do pulmão para dentro do parênquima.⁽⁷⁾ Cada fissura interlobar é formada pela aposição de duas camadas de pleura visceral. Em geral, identificam-se as fissuras maiores (oblíquas), que separam os lobos inferiores dos demais, e a fissura menor (horizontal), que separa o lobo médio do lobo superior direito ([Figura 29](#)). Algumas fissuras supranumerárias podem ser encontradas com frequência.



Figura 29 - Reformatação sagital de TCAR do tórax do pulmão direito demonstrando fissura menor (seta) e fissura maior (cabeças de setas).

Interface

Superfície de separação entre duas estruturas ou espaços. Quando duas estruturas torácicas com diferentes densidades radiológicas se encontram, seus limites são nítidos. Por exemplo, vasos com densidade de partes moles em contato com a densidade de ar do pulmão arejado circunjacente. O "sinal da interface" define a irregularidade das margens entre diferentes estruturas intratorácicas, tais como vasos, brônquios e superfícies pleurais, em geral em decorrência de doença intersticial que causa fibrose ([Figura 30](#)).⁽³⁾

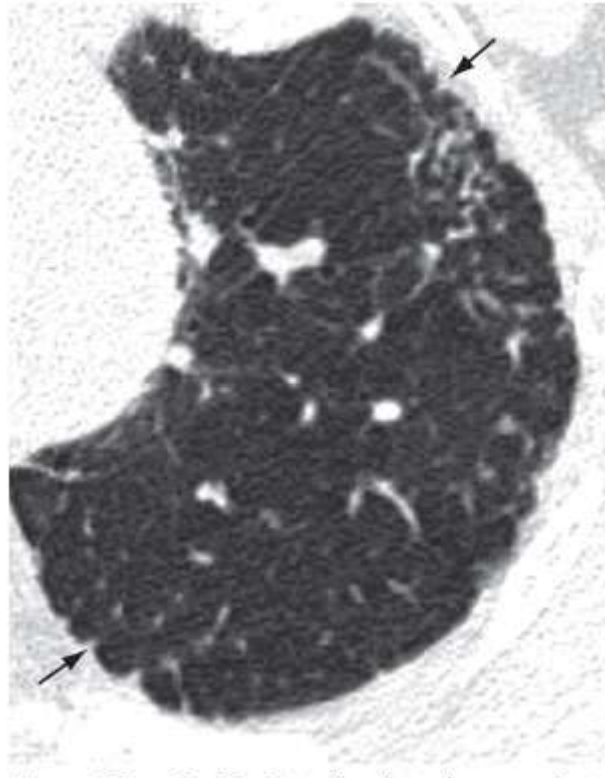


Figura 30 – Sinal da interface (setas) em paciente com fibrose pulmonar.

Interstício

Rede de tecido conjuntivo que se espalha pelos pulmões e se subdivide em: (a) interstício axial (ou broncovascular) - envolve os brônquios, artérias e veias desde os hilos até o nível dos bronquíolos respiratórios; (b) interstício periférico - composto pelo tecido conjuntivo contíguo às superfícies pleurais (subpleural) e septos interlobulares; e (c) interstício intralobular (também chamado acinar ou parenquimatosos) - composto pelas paredes dos alvéolos (septos alveolares), dando suporte à estrutura do lóbulo pulmonar secundário.^(2,3,7)

Linfonodomegalia

Aumento de volume de linfonodo de qualquer etiologia, quando suas dimensões ultrapassam os limites considerados normais para a cadeia linfonodal em questão ([Figura 31](#)).^(52,53) O termo "adenomegalia" não é um sinônimo recomendável, pois linfonodos não são estruturas glandulares verdadeiras. O termo "linfonodopatia" reserva-se para situações onde for possível identificar a doença linfonodal, como, por exemplo, quando se identifica necrose em seu interior.



Figura 31 – Corte axial de TC de tórax com contraste iodado demonstrando linfonodomegalia mediastinal (seta), linfonodomegalia da parede torácica (cabeça de seta) e linfonodomegalia axilar bilateral (asteriscos).

Linha curvilínea subpleural

Opacidade curvilínea de 1-3 mm de espessura, de localização subpleural, com distribuição paralela a sua superfície ([Figura 32](#)). É um indicador não específico de atelectasia, edema, fibrose ou inflamação.^(3,7)

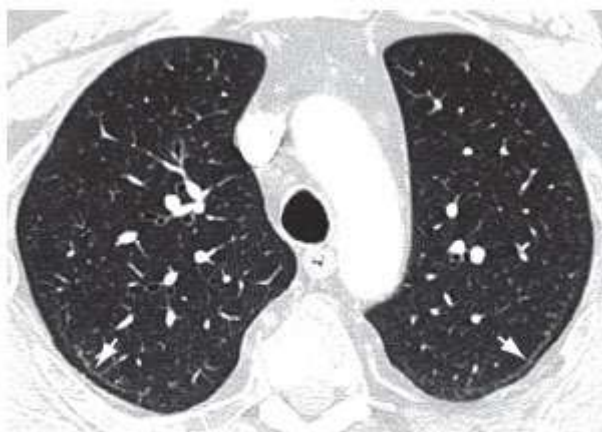


Figura 32 – Linhas curvilíneas bilaterais (setas).

Linhas intralobulares

Caracterizadas na TCAR como imagens lineares finas no interior do lóbulo pulmonar secundário e, quando acentuadas, resultam em um aspecto rendilhado fino ([Figura 33](#)). Este achado pode ser encontrado em diversas situações, destacando-se as doenças fibrosantes (por ex.: pneumonia intersticial usual) e aquelas associadas ao padrão de pavimentação em mosaico (por ex.: proteinose alveolar).^(3,54)

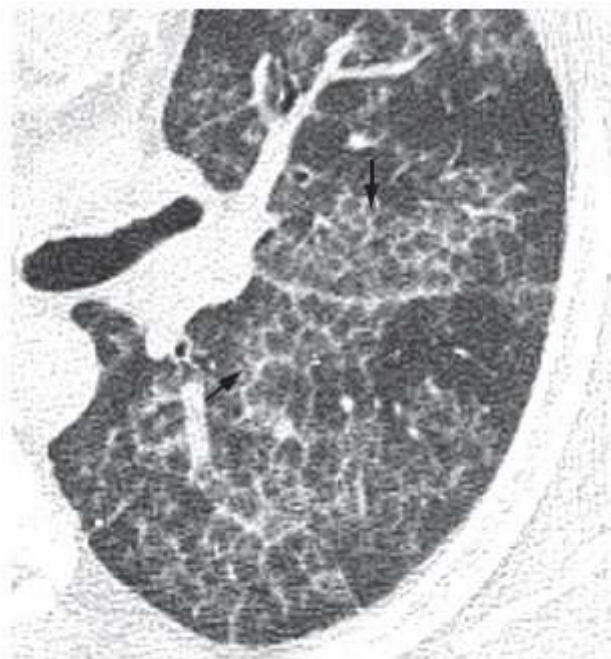


Figura 33 – Linhas intralobulares (setas) associadas a opacidades com atenuação em vidro fosco.

Ver também *Padrão reticular* e *Padrão de pavimentação em mosaico*.

Lóbulo pulmonar secundário

Menor unidade anatômica pulmonar delimitada por septo de tecido conjuntivo. Apresenta aspecto poliédrico, mede 1,0-2,5 cm de diâmetro e contém um número variado de ácinos.⁽⁴⁵⁾ O centro do lóbulo é formado pelo conjunto bronquíolo-artéria pulmonar, vasos linfáticos e interstício adjacente. Em sua periferia, o tecido conjuntivo forma septos finos denominados de septos interlobulares, onde se encontram pequenas veias pulmonares e vasos linfáticos ([Figura 25](#)). Os septos interlobulares em pacientes normais são identificados, de forma melhor, nas regiões periféricas anterior, lateral e justamediastinal dos lobos superiores e médio, assim como na periferia da região diafragmática anterior dos lobos inferiores, tendendo a apresentar-se de forma incompleta ou ausente nas demais regiões do pulmão. São facilmente reconhecíveis na TCAR sempre que o interstício septal estiver comprometido ([Figuras 23](#) e [24](#)).⁽³⁾

Massa

Qualquer lesão expansiva pulmonar, pleural, mediastinal ou da parede torácica, com densidade de partes moles, de gordura ou óssea, maior que 3 cm, com contornos pelo menos parcialmente definidos, fora de topografia cissural, independentemente das características de seus contornos ou da heterogeneidade de seu conteúdo ([Figura 34](#)).⁽⁷⁾



Figura 34 – Massa pulmonar no lobo superior direito com diâmetro de 5,5 cm.

Micetoma

Caracteristicamente representa um grupo de infecções crônicas subcutâneas causadas pela inoculação traumática na pele de material contaminado com actinomicetos, principalmente *Nocardia brasiliensis*, ou eumicetos, resultando em actinomicetomas e eumicetomas, respectivamente.⁽²⁰⁾ Apresenta tendência a invadir os tecidos adjacentes, formando nódulos ou massas com cavidades e trajetos fistulosos, com eliminação de secreção purulenta contendo grãos constituídos por novelos de hifas e filamentos. Na maioria dos casos, localiza-se nos membros inferiores, podendo levar a deformidades e fraturas. O acometimento pulmonar e pleural é raro.⁽⁵⁵⁾ Quando invadem o pulmão, têm o aspecto de consolidação com necrose, e derrame pleural pode ser identificado.⁽⁵⁶⁾ Geralmente acomete agricultores, sendo endêmico na América Latina, Índia e África.^(20,57) O micetoma não representa uma colonização de cavidade pulmonar preexistente; portanto, a utilização desse termo como sinônimo de "bola fúngica" deve ser evitada.

Ver também *Bola fúngica*.

Nódulo

Opacidade focal arredondada, ou pelo menos parcialmente delimitada, menor que 3,0 cm de diâmetro, geralmente com densidade de partes moles ou de cálcio ([Figura 35](#)). Quando menor que 10 mm, sugere-se qualificá-lo como "pequeno nódulo". Se menor que 3 mm, o termo "micronódulo" pode ser empregado.^(3,7) Deve ser descrito de acordo com as características de suas margens (mal definidas ou bem definidas), e também quanto à localização e distribuição (randômica, perilinfática, centrolobular ou pleural). Quanto à atenuação, o nódulo pode ser classificado como sólido ([Figura 35a](#)), quando obscurece completamente o parênquima; não sólido (atenuação em vidro fosco) quando não obscurece as margens vasculares e paredes brônquicas ([Figura 35b](#)); ou parcialmente sólido ou semissólido (opacidade em vidro fosco com áreas sólidas), quando obscurece parcialmente as margens vasculares e as paredes brônquicas ([Figura 35c](#)).⁽⁷⁾

Ver também *Massa*.

Oligoemia

Redução focal, regional ou generalizada do volume sanguíneo pulmonar. A oligoemia apresenta-se como uma diminuição do calibre e do número de vasos pulmonares em regiões específicas ou difusamente, indicando que o fluxo sanguíneo é menor que o habitual ([Figura 36](#)).^(3,7)

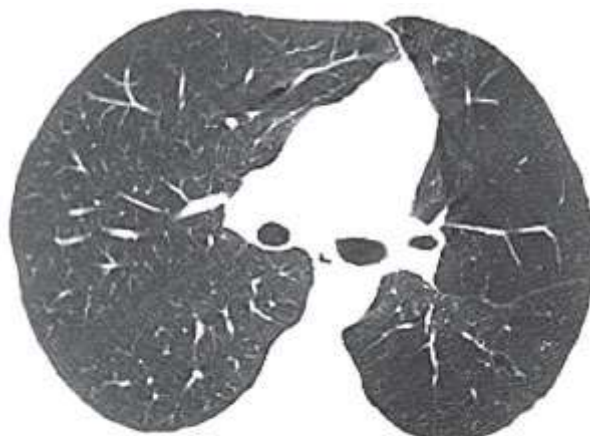


Figura 36 – Oligoemia à esquerda.

Opacidade

Imagem que se distingue, pelo menos parcialmente, das estruturas que a circundam ou se superpõem, por apresentar maior densidade. Na radiografia do tórax esse termo não implica sua natureza do ponto de vista patológico, seu tamanho ou localização específica, podendo ser de origem pulmonar, pleural, da parede torácica ou de origem externa ao paciente. Na TC, as opacidades pulmonares podem representar opacidade em vidro fosco ou consolidação.

Ver também *Consolidação*.

Opacidade (atenuação) em vidro fosco

Na TC, corresponde ao aumento da densidade do parênquima pulmonar em que permanecem visíveis os contornos dos vasos e brônquios no interior da área acometida por um processo patológico ([Figura 37](#)). Este padrão de imagem está relacionado a espessamento do interstício, preenchimento parcial de espaços aéreos, colapso parcial de alvéolos, aumento do volume sanguíneo capilar ou ainda a uma associação desses mecanismos.^(58,59) Deve ser distinguida de "consolidação" ([Figuras 10](#) e [38](#)), na qual os vasos não são identificáveis no interior da área de pulmão comprometido.

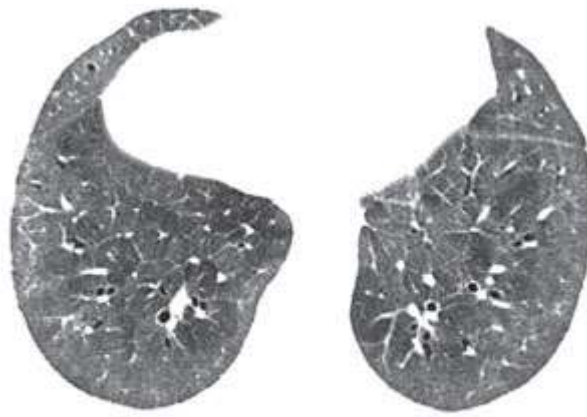


Figura 37 – Opacidade (atenuação) em vidro fosco difusa em paciente com esclerose sistêmica progressiva.

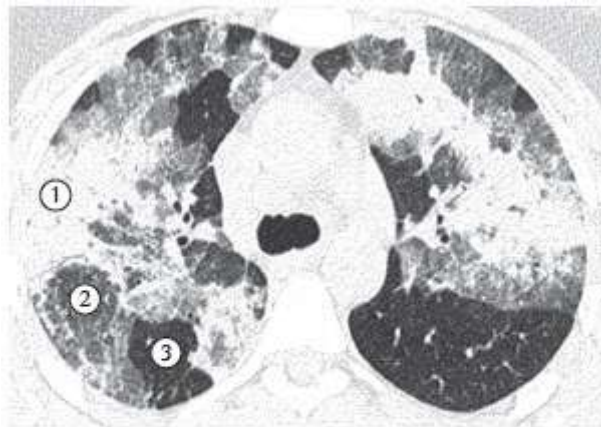


Figura 38 – Aumento da atenuação do parênquima pulmonar (opacificação parenquimatosa), caracterizado por áreas de consolidação (em 1) e opacidades em vidro fosco (em 2). Em 3, pulmão com atenuação normal.

Ver também *Consolidação*.

Opacidade linear

Imagem linear fina, alongada, com densidade de tecido de partes moles. Raramente, a presença de calcificação ou de material estranho pode aumentar a atenuação. É um termo não específico e de etiologias diversas. Recomenda-se, sempre que possível, utilizar terminologias mais específicas, tais como "atelectasia laminar", "banda parenquimatosa" e "espessamento de septos interlobulares".

Opacidade pendente

Opacidade subpleural em regiões pulmonares pendentes, que correspondem a áreas de atelectasia decorrente do decúbito. Ocorre nas regiões posteriores quando o paciente encontra-se em decúbito dorsal ([Figura 39a](#)) e nas regiões anteriores,

quando em decúbito ventral. Desaparece com a mudança de decúbito ([Figura 39b](#)).⁽⁴⁾

Opacidade parenquimatosa (Opacificação parenquimatosa)

Aumento da atenuação do parênquima pulmonar que pode ou não obscurecer os contornos dos vasos e brônquios. O termo "consolidação" indica que as margens dessas estruturas não são aparentes (exceto pelos broncogramas aéreos), e "atenuação em vidro fosco" indica que, apesar de alterada a densidade dos pulmões, os vasos e vias aéreas ainda são identificáveis.^(4,32) Deve-se dar preferência aos termos mais específicos "consolidação" e "opacidade em vidro fosco" ([Figura 38](#)).

Padrão de árvore em brotamento

Opacidades ramificadas centrolobulares, com pequenas nodulações nas extremidades, assemelhando-se ao aspecto do brotamento de algumas árvores ([Figura 26](#)).^(3,45) Representam, na maior parte dos casos, bronquíolos dilatados e preenchidos por material patológico, embora possa também estar relacionado com a infiltração do tecido conjuntivo peribroncovascular centrolobular ou, ocasionalmente, com a dilatação ou o preenchimento (por ex.: metástases intravasculares) das artérias pulmonares centrolobulares.^(60,61) Significa, em geral, doença das vias aéreas, sendo particularmente comum em processos infecciosos (por ex.: tuberculose, broncopneumonia e bronquiolite infecciosa), mas pode ser encontrado também numa série de outras afecções (por ex.: bronquiectasias, fibrose cística e panbronquiolite).⁽⁴⁷⁾

Padrão de atenuação (perfusão) em mosaico

Aparência em retalho de regiões com atenuações distintas que pode representar doença parenquimatosa infiltrativa, enfermidade obliterativa de pequenas vias aéreas ou afecção vascular oclusiva ([Figura 40](#)).^(62,63) O aprisionamento aéreo secundário à obstrução brônquica ou bronquiolar pode produzir focos parenquimatosos de redução da atenuação, que se acentuam nas imagens de TC obtidas em fase expiratória.⁽⁸⁾ Na enfermidade obliterativa de pequenas vias aéreas e na afecção vascular oclusiva, as áreas com atenuação diminuída são as anormais e geralmente contêm vasos pulmonares em número e tamanho menor que o pulmão normal adjacente, que pode ter atenuação normal ou aumentada (por causa do redirecionamento do fluxo sanguíneo). O padrão de atenuação em mosaico pode também ser produzido por doença pulmonar parenquimatosa, caracterizada por opacidade em vidro fosco, sendo que nessa condição as áreas de maior atenuação representam as regiões acometidas, e as outras zonas caracterizam focos de pulmão preservado.^(3,7)

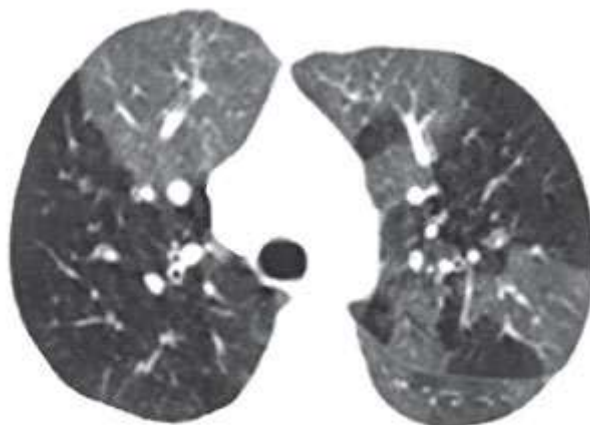


Figura 40 – Padrão de atenuação em mosaico bilateral causado por doença obliterativa de pequenas vias aéreas.

Ver também *Aprisionamento aéreo*.

Padrão de pavimentação em mosaico

Superposição de opacidades em vidro fosco, linhas intralobulares e espessamento de septos interlobulares ([Figura 41](#)). A interface entre o pulmão normal e o acometido tende a ser bem delimitada nesse padrão de lesão pulmonar. Esse padrão foi inicialmente identificado em pacientes com proteinose alveolar pulmonar mas também é encontrado em outras doenças pulmonares difusas nas quais os compartimentos intersticial e alveolar estão comprometidos (por ex.: hemorragia pulmonar). O termo em inglês é "*crazy paving*".^(1,2,64)

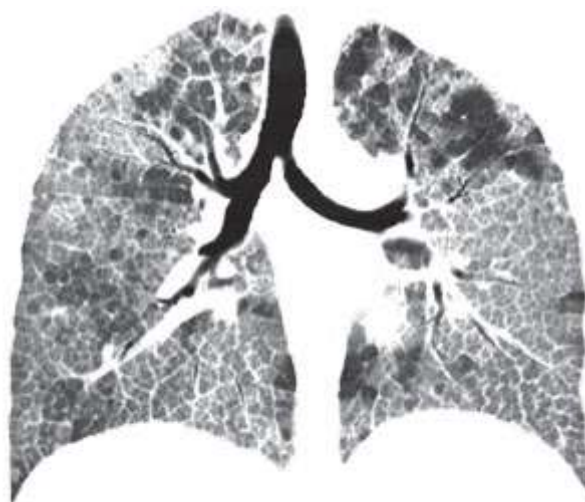


Figura 41 – Padrão de pavimentação em mosaico.

Padrão nodular centrolobular

Padrão de distribuição de pequenos nódulos que ocupam a porção central do lóbulo pulmonar secundário, em geral relacionado a doenças do bronquíolo, da artéria pulmonar ou da bainha conjuntiva peribroncovascular.⁽⁷⁾ A principal característica tomográfica é que eles mantêm alguns milímetros de separação da superfície pleural e das fissuras ([Figura 42A](#)).⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾ As causas mais comuns são as doenças que ocorrem por inalação (por ex.: pneumonite por hipersensibilidade, silicose e bronquiolite respiratória). Se acompanhados por padrão de árvore em brotamento ([Figura 26](#)), as causas infecciosas devem ser lembradas (por ex.: tuberculose e broncopneumonia).

Padrão nodular perilinfático

Padrão de distribuição de pequenos nódulos ao longo da rede linfática pulmonar (septos interlobulares, bainha conjuntiva peribroncovascular e superfície pleural) ([Figura 42b](#)). As principais doenças que cursam com nódulos perilinfáticos são a sarcoidose e a linfangite carcinomatosa.^(45,65)

Padrão nodular miliar - Ver Padrão nodular randômico (miliar).

Padrão nodular randômico (miliar)

Padrão de distribuição de pequenos nódulos de forma aleatória pelos pulmões ([Figura 42c](#)). As causas mais comuns são a tuberculose miliar, a histoplasmose miliar e as metástases hematogênicas.^(3,45,65)

Padrão perilobular

Este padrão é caracterizado pela distribuição da anormalidade ao longo das estruturas que delimitam os lóbulos pulmonares, ou seja, os septos interlobulares, a pleura visceral e grandes vasos pulmonares.⁽⁶⁶⁾ O termo é mais frequentemente utilizado no contexto de doenças (por ex.: pneumonia em organização perilobular) que são distribuídas principalmente em volta da periferia do lóbulo secundário. Na TC, é caracterizado pela presença de opacidades poligonais espessas e irregulares na periferia do lóbulo pulmonar secundário ([Figura 43](#)).⁽⁶⁷⁾ Deve ser distinguido do espessamento de septos interlobulares (padrão septal), por ser mais espesso e irregular; e do sinal do halo invertido.

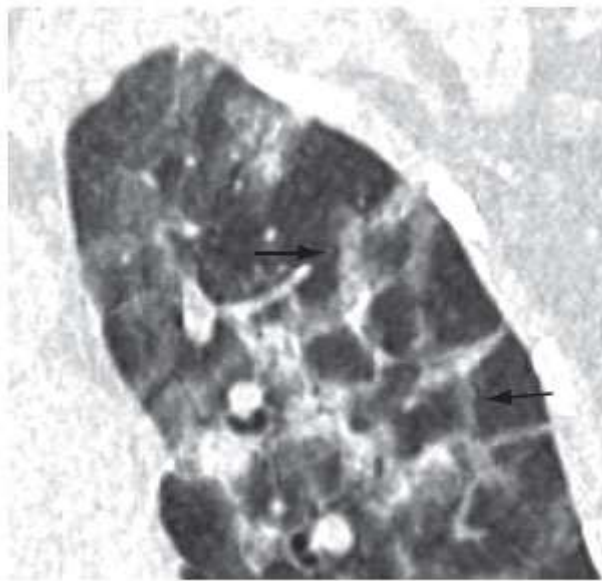


Figura 43 - Padrão perilobular (setas).

Ver também *Padrão septal* e *Sinal do halo invertido*.

Padrão reticular

Alteração, usualmente relacionada às doenças intersticiais, caracterizada nas radiografias por inúmeras pequenas opacidades lineares que resultam em uma aparência de rede.⁽¹⁾ Na TCAR, é possível individualizar os componentes responsáveis por esse padrão na radiografia, que usualmente estão relacionados à presença de linhas intralobulares e septais ([Figura 44](#)) ou à presença de cistos cujas paredes se apresentam como linhas na radiografia, como nas doenças císticas pulmonares, no enfisema associado a bolhas e até mesmo nos cistos de faveolamento.^(1,3,7)



Figura 44 – Padrão reticular em paciente com fibrose pulmonar.

Ver também *Linhas intralobulares*.

Placa pleural

Espessamento pleural focal, por vezes com calcificações, de espessura variável e com extensão de até 5 cm ([Figura 45](#)).⁽⁶⁸⁾ Usualmente ocorre na superfície pleural parietal subcostal ou na pleura diafragmática. Quando múltiplas e bilaterais, são quase sempre decorrentes de exposição ao asbesto.^(69,70)



Figura 45 – Placas pleurais com calcificação (setas) em paciente exposto ao asbesto.

Pneumatocele

Espaço de conteúdo gasoso cuja parede é formada por espaços aéreos distendidos. Frequentemente muda de tamanho em curto espaço de tempo, decorrente do mecanismo valvular obstrutivo da via aérea, que lhe é característico.⁽⁷¹⁾ Costuma associar-se a algumas enfermidades infecciosas, sobretudo aquelas causadas por *Staphylococcus* sp. em crianças e *Pneumocystis* sp. em adultos. Na TC, manifesta-se como espaço aéreo arredondado, demarcado por paredes finas, contido no pulmão ([Figura 46a](#)).^(3,7) Pode resolver de forma espontânea, ainda que tardia, no curso do tratamento da infecção ([Figura 46b](#)).

Pseudocavidade

Representa uma área arredondada ou oval de baixo coeficiente de atenuação em nódulos ou massas pulmonares ou em uma área de consolidação secundária a: 1) presença de uma porção de parênquima pulmonar preservado; 2) presença de brônquios dilatados ou mesmo de calibre normal; ou 3) uma área de enfisema no interior da lesão ([Figura 47](#)). Estas pseudocavidades geralmente medem menos de 1 cm de diâmetro. Podem ser identificadas em pacientes com adenocarcinoma, carcinoma bronquioloalveolar e pneumonia.^(7,72)

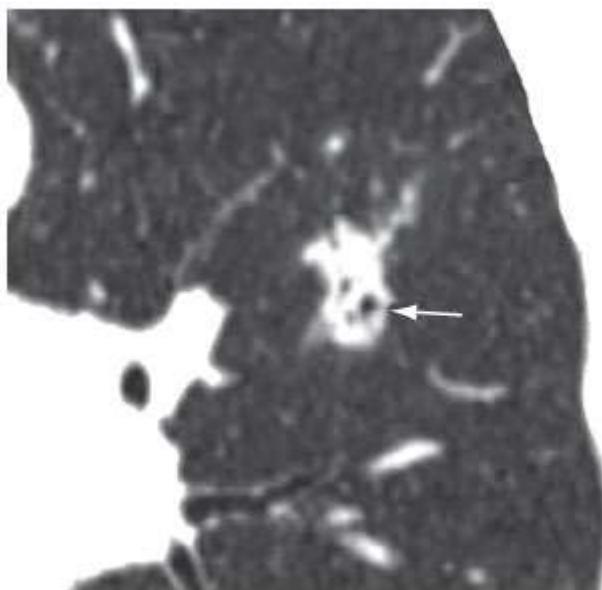


Figura 47 – Pseudocavidades (seta) em paciente com adenocarcinoma.

Pseudoplaca

Opacidade pulmonar periférica, adjacente à pleura visceral, formada por pequenos nódulos pulmonares coalescentes que simulam placa pleural ([Figura 48](#)).⁽⁷³⁾ Mais comumente encontrada na sarcoidose, silicose e pneumoconiose dos mineradores de carvão.

Sinal do anel de sinete

Sinal composto por uma opacidade anelar, que representa um brônquio dilatado, em associação com uma opacidade arredondada menor, contígua a sua parede, representando sua artéria (pulmonar ou raramente brônquica) que lembra o aspecto de um "anel de sinete" ou "anel de pérola".⁽⁷⁴⁾ Corresponde ao sinal tomográfico básico de bronquiectasia ([Figura 12](#)).^(26,75) Ocasionalmente, o sinal do anel de sinete pode também ser encontrado em doenças caracterizadas por uma redução anormal do fluxo arterial pulmonar, tais como no tromboembolismo pulmonar crônico e na interrupção proximal da artéria pulmonar.⁽⁷⁶⁾

Ver também *Bronquiectasia*.

Sinal do crescente aéreo

Coleção de ar de tamanho variado e em forma de menisco ou de meia-lua localizada na periferia de um nódulo ou de massa com densidade de partes moles, sendo característico, no contexto clínico adequado, de aspergilose pulmonar angioinvasiva em fase de recuperação ([Figura 49](#)).⁽⁷⁷⁻⁷⁹⁾ Nesse caso, o sinal do crescente aéreo é decorrente da retração do parênquima pulmonar infartado e da reabsorção de tecido necrótico na periferia da lesão, com preenchimento do espaço entre o tecido desvitalizado e o parênquima adjacente por ar.⁽⁷⁸⁾ Costuma-se também empregá-lo na descrição dos achados de bola fúngica, em que se observa uma coleção de ar circundando a lesão intracavitária ou interposta entre a parede superior da cavidade preexistente e a lesão intracavitária pendente ([Figura 7](#)).⁽⁷⁾ O

sinal do crescente aéreo também já foi descrito em outras doenças, tais como hemorragia intracavitária, abscesso bacteriano e câncer de pulmão.^(80,81)

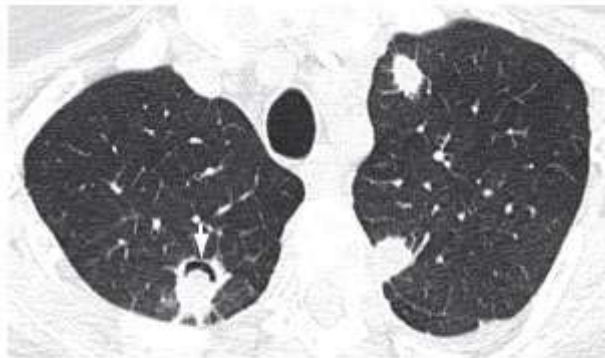


Figura 49 - Nódulo com sinal do crescente aéreo (seta) em paciente com aspergilose pulmonar angioinvasiva bilateral.

Ver também *Bola fúngica*.

Sinal do halo

Opacidade em vidro fosco que circunda um nódulo, massa ou uma área de consolidação arredondada ([Figura 50](#)). Foi inicialmente descrito como um sinal de hemorragia ao redor de um foco de aspergilose angioinvasiva,⁽⁸²⁾ sendo bastante específico no contexto de paciente neutropênico febril, surgindo precocemente.⁽⁸²⁾ O sinal do halo pode ser causado por hemorragia associada a outros tipos de doença (por ex. candidíase, sarcoma de Kaposi) ou por infiltração pulmonar local por neoplasia.⁽⁸³⁻⁸⁶⁾

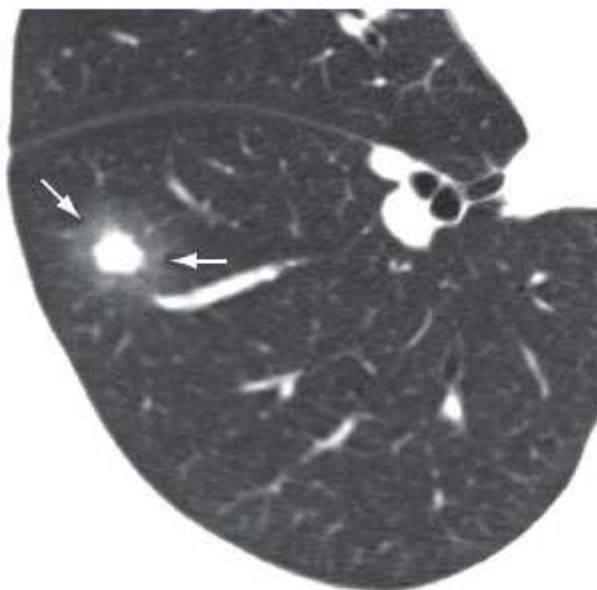


Figura 50 – Nódulo com sinal do halo (setas).

Sinal do halo invertido

Opacidade focal em vidro fosco circundada por um anel de consolidação completo ou parcial ([Figura 51](#)). Inicialmente descrito como um sinal de pneumonia em organização, já foi, entretanto, associado a outras doenças, tais como paracoccidioidomicose.^(87,88)

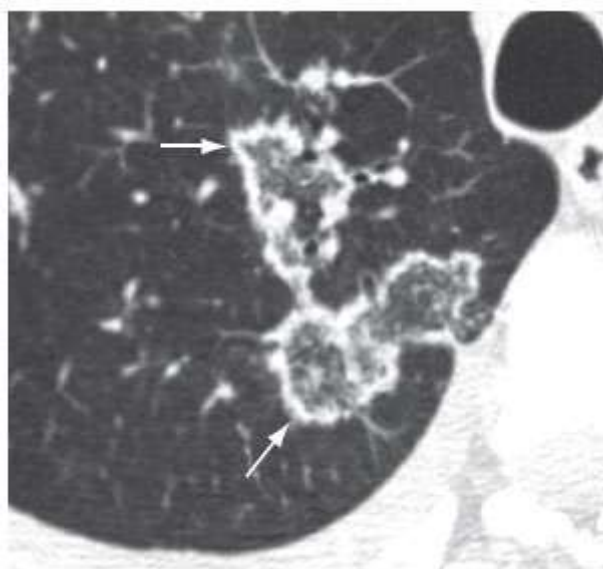


Figura 51 – Sinal do halo invertido (setas).

Sinal do septo nodular (em contas, em rosário)

Espessamento irregular e nodular dos septos interlobulares com aparência de um colar de contas ([Figura 24](#)).⁽⁷⁾ Embora inicialmente descrito como um sinal de linfangite carcinomatosa, é mais frequentemente encontrado na sarcoidose.⁽⁸⁹⁾