CRITERIOS DE LIGHT. Evaluación del derrame pleural

Alvaro Mena de Cea
Medicina Interna. CHU Juan Canalejo. A Coruña

- **Historia**: descritos en 1972 por Light RW *et al*[1], publicados en *Annals of Internal Medicine*. Tenía por objetivo clasificar los derrames pleurales en trasudados o exudados.
- **Criterios clásicos**: en la tabla adjunta se exponen los criterios diagnósticos de exudado, descritos originariamente por Light, los puntos de corte aceptados con la sensibilidad y especificidad indicadas, para cada uno de ellos.

	S	E
Criterios Light	98	83
Prots Líq Pl/Prots sangre > 0,5	86	84
LDH Líq Pl/LDH sangre > 0,6	90	82
LDH LP > 2/3 límite alto normalidad en sangre	82	89

- **Otros parámetros bioquímicos estudiados**:
  - Se han intentado incluir nuevos criterios diagnósticos, como son: colesterol total en líquido pleural [2,3], el gradiente de albúmina en sangre-líquido pleural [4], ratio bilirrubina en líquido pleural/sangre [5], aceptándose en los estudios distintos puntos de corte.
  - Los resultados más relevantes, las sensibilidades, especificidades y valores predictivos positivos y negativos se recogen en la siguiente tabla [6]:

	S	**E**	**VPP**	**VPN**
Criterios Light	**98**	**83**	**93**	**96**
Gradiente Albúmina sangre-Líq Pl ≤ 1,2 gr/dl	87	92	96	77
Colesterol Líq Pl > 60 mg/dl	54	92	93	50
Colesterol Líq Pl > 43 mg/dl	75	80	89	61
Colesterol Líq Pl/ sangre > 0,3	89	81	91	78
Bilirrubina Líq Pl/sangre ≥ 0,6	81	61	81	60

- **Comentarios:**
  - En la primera descripción de los criterios, Light elige puntos de corte con alta sensibilidad para el diagnóstico de exudado, asumiendo los falsos positivos, con el fin de diagnosticar como tal la mayor parte de los exudados, por las repercusiones diagnósticas y terapéuticas que conlleva.
  - Posteriormente se han descrito múltiples posibilidades para mejorar estos criterios, desde cambiar el punto de corte de los parámetros clásicos, hasta añadir otros nuevos, los más relevantes están descritos brevemente. A pesar de ello, ninguna guía recomienda su uso de forma sistemática.
  - Es en el caso del derrame pleural secundario a descompensación de la insuficiencia cardiaca (causa más frecuente de trasudado), donde más falsos positivos se producen al aplicar los criterios clásicos. Esto es aun más frecuente si ha existido tratamiento diurético los días previos a la toracocentesis.
  - Light propone [7], ante la sospecha de fallo cardiaco como etiología de un derrame peural, catalogado como exudado, determinar el gradiente de albúmina sangre-líquido pleural. Si es mayor de 1,2 gr/dl, muy probablemente se tratará de un falso positivo, y se puede aceptar que se trata de un trasudado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Light RW, MacGregor MI, Luchsinger PC, et al. Pleural effusions:the diagnostic separation of transudates and exudates. Ann Intern Med 1972; 77:507-13.
2. Hamm H, Brohan U, Bohmer R, et al. Cholesterol in pleural effusions: a diagnostica id. Chest 1987; 92:296-302.
3. Valdés L, Pose A, Suárez J, et al. Cholesterol: a useful parameter for distinguishing between pleural exudates and transudates. Chest 1991; 99:1097-1102.
4. Roth BJ, O´Meara TF, Cragun WH. The serum-effusion albumin gradient in the evaluation of pleural effusions. Chest 1990; 98:546-49.
5. Meisel S, Shamis A, Thaler M, et al. Pleural fluid to serum bilirubin concentration ratio for the separation of transudates from exudates. Chest 1990; 98:141-44.
6. Burgess LJ, Maritz FJ, Taljaard JJ. Comparative analysis of the biochemical parameters used to distinguish between pleural transudates an exudates. Chest 1995; 107:1604-9.
7. Light RW. Pleural effusion. N Engl J Med 2002; 346:1971-7.