

## Caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con hepatitis alcohólica en el Hospital Regional de Talca. Estudio retrospectivo de 5 años (2017-2022)

CÉSAR DURÁN FAÚNDEZ<sup>1</sup>, SAMUEL CARRILLO VÉJAR<sup>1</sup>, CAMILO BELTRÁN PARRA<sup>1</sup>, JOSÉ RETAMAL CALQUÍN<sup>1</sup>, GABRIELA SEGURA DÍAZ<sup>2</sup>, OBED VEGA GARCÉS<sup>3</sup>

### Clinical and epidemiological characterisation of patients with alcoholic hepatitis in the Regional Hospital of Talca - 5-year retrospective study (2017-2022)

#### Abstract

*Alcoholic Hepatitis (HA) represent to one of the pathological entities in the context of liver damage associated with excessive and prolonged alcohol consumption. Despite its high mortality, making the early diagnosis is still a challenge for physicians.*

*The local information of this pathology is limited, so this work consists of conducting a retrospective study on the clinical and epidemiological characteristics of patients diagnosed with HA at the Regional Hospital of Talca (HRT); in order to make available to the treating doctors, the greatest amount of data contributing to decision-making for the benefit of patients.*

*Methods: The clinical records of all patients discharged from the HRT with a diagnosis of HA during the period between January 2017 and August 2022 were reviewed. Background information such as: chief complaint, main symptoms, comorbidities, laboratory tests, treatment, evolution and survival, etc., was collected for analysis and to obtain the conclusions presented.*

*Results: A total of 16 patients were studied; 93.75 % were male and 6.24 % female; with a mean age of 52. Of the patients, 87.5 % had a history of DHC. All had alcohol abuse for more than 5 years and 93.75% had active alcoholism. The most frequent laboratory findings included hyperbilirubinaemia (93.75 %), GOT/GPT ratio >2 (50 %) and leukocytosis (56.25 %). Of the total patients studied, 68.75% had a survival of more than 1 year after the event, while 12.5% died during hospitalisation.*

**Keywords:** *Alcoholic hepatitis, Chronic liver damage, Corticosteroids*

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

2. Alumna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

3. Médico Internista, Servicio de Medicina, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile

#### Correspondencia:

César Durán Faúndez

Tres y media norte #3345. Talca, Chile

Teléfono: +56950514324

Email: cesar.duran.01@alu.ucm.cl

## Introducción

El consumo excesivo de alcohol se asocia con una variedad de manifestaciones hepáticas, que incluyen esteatosis hepática por alcohol, hepatitis alcohólica (HA) y cirrosis.<sup>1,2</sup>

El concepto de HA generalmente se usa para describir el inicio agudo de la “hepatitis sintomática” en contexto de consumo excesivo de alcohol.<sup>3</sup> Se desconoce la cantidad de ingesta de alcohol que pone a una persona en riesgo de hepatitis alcohólica, pero la mayoría de los pacientes tienen antecedentes de consumo excesivo de alcohol (más de 100 g por día) durante dos o más décadas.

Las características clínicas y de laboratorio a menudo son suficientes para establecer el diagnóstico de HA en un paciente con un historial prolongado de consumo excesivo de alcohol, siempre que el paciente no tenga factores de riesgo para otras causas de hepatitis aguda y las pruebas para otras causas comunes de hepatitis estén negativas. Los elementos que apoyan el diagnóstico de HA son la presencia de ictericia, aminotransferasas moderadamente elevadas (típicamente <300 U/L y rara vez más de 500 U/L), una relación GOT:GPT  $\geq 2$ , una elevación bilirrubina sérica (>5 mg/dl) y un índice internacional normalizado (INR) elevado. La presencia de fiebre o leucocitosis apoya el diagnóstico.<sup>4,5</sup>

La gravedad de la enfermedad y el riesgo de mortalidad en pacientes con hepatitis alcohólica se pueden estimar mediante la función discriminante de Maddrey.<sup>6,7</sup> Los pacientes con un valor  $\geq 32$  tienen una mortalidad a corto plazo alta y pueden beneficiarse del tratamiento con glucocorticoides, mientras que aquellos con puntuaciones más bajas tienen una mortalidad a corto plazo baja y no parecen beneficiarse de los glucocorticoides.<sup>8</sup>

El tratamiento general de la HA incluye el manejo para la abstinencia de alcohol y apoyo hemodinámico y nutricional. Los pacientes pueden desarrollar complicaciones como infecciones o condiciones relacionadas con la

cirrosis, que también requieren tratamiento. La mayoría de los pacientes con hepatitis alcohólica requieren hospitalización y algunos también necesitarán apoyo de cuidados intensivos.<sup>8</sup>

La hepatitis alcohólica tiene una alta mortalidad que no ha mejorado con el tiempo.<sup>9,10</sup> De hecho, la incidencia de hepatitis alcohólica y las referencias para trasplante de hígado en pacientes con hepatitis alcohólica han aumentado durante la pandemia por coronavirus 2019 (COVID-19).<sup>11</sup> No existen cifras a nivel nacional sobre la incidencia de esta patología; y su diagnóstico suele ser difícil de realizar debido a las múltiples comorbilidades que presentan los pacientes.

El propósito de este trabajo es analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de HA atendidos en el Hospital Regional de Talca (HRT) en el periodo comprendido entre enero de 2017 y agosto de 2022, y contrastar los resultados obtenidos con la literatura médica actual, con el fin de ofrecer a los médicos tratantes información útil para la sospecha, diagnóstico y tratamiento de esta patología a partir de la experiencia local.

## Metodología

Se realizó la revisión de las fichas clínicas de todos los pacientes egresados del HRT con diagnóstico de HA desde enero del 2017 hasta agosto del 2022. Se revisaron en total 16 fichas según los datos facilitados por el departamento de estadística del HRT; conforme a las reglamentaciones y principios éticos existentes, resguardando la confidencialidad de los pacientes.

Dentro de la información recopilada, se hizo énfasis en la obtención de las características clínicas, paraclínicas y epidemiológicas de interés según la literatura médica revisada previamente desde la base de datos UpToDate.; las cuales son:

- Aspectos sociodemográficos: sexo y edad
- Antecedentes mórbidos
- Motivo de consulta

- Sintomatología presente
- Patrón de alcoholismo
- Comorbilidades relacionadas
- Exámenes de laboratorio pertinentes
- Score de gravedad y puntaje respectivo
- Tratamiento recibido y respuesta clínica
- Sobrevida y pronóstico

Luego se realizó un análisis de los datos obtenidos, con el fin de identificar los valores y características más prevalentes en los pacientes con esta patología, comparando la información con la literatura médica para realizar la discusión.

Respecto a las limitantes del estudio, existe la posibilidad que no se hayan incluido todos los pacientes con HA durante el periodo mencionado, ya que probablemente algunos hayan sido egresados con otro diagnóstico principal y no figuraban en el informe estadístico, también existe la posibilidad que no se haya realizado el diagnóstico a algunos pacientes con esta patología ya que como se mencionó anteriormente suele ser una enfermedad subdiagnosticada sobre todo en el contexto de un paciente que consulta por DHC descompensado. Además, seguramente no se incluyeron aquellos pacientes muy graves que fallecieron antes de realizarse el diagnóstico, considerando que es una patología de alta mortalidad.

## Resultados

Las características generales de los 16 pacientes incluidos en el estudio se resumen en la Tabla 1 y los principales hallazgos clínicos y de laboratorio se representan en la Tabla 2.

Corresponde a un grupo donde 93,75 % eran hombres y 6,24 % mujeres; con una edad promedio de 52 años y un rango entre 37 y 63 años. El 87,5 % de los pacientes tenía antecedente de daño hepático crónico (DHC) al momento de consultar, de ellos el 6,25 % eran Child-Pugh A, 6,25% Child-Pugh B, 50% eran Child-Pugh C.

El motivo de consulta más frecuentemente observado fue por desorientación y compro-

miso de conciencia. También se describen otros como ictericia, hematemesis y dolor abdominal. Dentro de los signos y síntomas asociados destaca la presencia de ictericia en 87,5% de los casos, ascitis en 50%, compromiso de conciencia 62,5%, edema de extremidades 31,25%, y circulación colateral en el 37,5% de los pacientes.

Respecto al patrón de alcoholismo, todos presentaban consumo excesivo de alcohol por más de 5 años y el 93,75% con alcoholismo activo al momento de consultar.

Dentro de las comorbilidades más frecuentemente observadas en contexto de las manifestaciones hepáticas; se encuentran DHC descompensado ya sea por Encefalopatía hepática (62,5%) y/o Hipertensión portal (50%), definido clínicamente por la presencia de circulación colateral y/o varices esofágicas. Por otra parte, el 93,75 % de los pacientes presentaba desnutrición y el 62,5% presentó síndrome de abstinencia al alcohol durante su hospitalización. La presencia de otras enfermedades crónicas que no guardan relación con el daño hepático y alcoholismo no fueron consideradas para efecto de este trabajo. En cuanto a los hallazgos de laboratorio más frecuentes, se observó hiperbilirrubinemia en 93,75 % de los casos, cuyo valor promedio fue de 11,22 mg/dL. El valor promedio de las aminotransferasas fue de 173,8 en el caso de la GOT y 74,1 para la GPT, con una relación GOT/GPT mayor o igual a 2 en el 50% de los casos. La Leucocitosis definida como un valor mayor a 12.000 Gb, estaba presente en 56,25%.

Referente a la severidad de la enfermedad, el 81,25% de los pacientes se encontraban estables hemodinámicamente al momento del ingreso hospitalario. Se realizó Score de Maddrey a 6 de los 16 pacientes estudiados, de ellos el 50% presentó un Maddrey mayor a 32 cumpliendo criterio de severidad.

De los pacientes con HA y Maddrey mayor a 32, todos recibieron tratamiento con corticoides con el siguiente esquema: Prednisona

40 mg por 7 días. El 66,7 % respondió favorablemente al tratamiento, mientras que el 16,7 % no presentó respuesta clínica. Esto se objetivó con la mejora del estado general, sintomatología y exámenes de laboratorio de los pacientes tratados.

Del total de los pacientes estudiados, el 68,75% presentó una sobrevida mayor a 1 año luego del evento, mientras que un 12,5% falleció durante la hospitalización, es decir 2 pacientes.

## Discusión

Los pacientes con hepatitis alcohólica suelen tener entre 40 y 50 años de edad, y la mayoría de los pacientes se presentan antes de los 60 años y afecta principalmente a hombres, similar a lo que se describe en las series internacionales.<sup>12</sup>

Puede resultar difícil obtener una historia precisa del consumo de alcohol de un paciente con sospecha de HA; los miembros de la familia pueden brindar información importante sobre esto. También es absolutamente esencial que el médico precise el historial de consumo de alcohol, complementado con el uso de los cuestionarios validados para consumo excesivo de alcohol, tales como

CAGE o AUDIT. Aun así, hay suficientes datos para poder decir que la gran mayoría de los pacientes con HA suelen tener un historial de consumo diario intenso de alcohol (>100 g por día) durante más de 20 años, aunque hay evidencia de sugiere que incluso con tan sólo 5 años de consumo excesivo de alcohol es suficiente para generar una HA. También vale la pena considerar que los patrones de bebida pueden variar, y el consumo excesivo de alcohol puede ser intermitente (es decir, sólo los fines de semana) o subrepticio, de modo que los familiares, amigos o compañeros de trabajo pueden no reconocer un patrón de consumo problemático. Es común que los pacientes hayan dejado de tomar alcohol varias semanas antes de consultar, sin embargo, el periodo de abstinencia no debe superar los 60 días ya que, de no ser así, se hace menos probable el

diagnóstico de HA.<sup>13</sup>

Es frecuente que los pacientes con HA presenten antecedente de DHC sobre todo en etapas avanzadas de la enfermedad, lo que muchas veces dificulta el diagnóstico precoz ya que se genera una superposición de elementos clínicos propios del DHC descompensado que nos orientan más a ese diagnóstico o complicaciones evidentes que centralizan el esfuerzo terapéutico, como por ejemplo la hemorragia digestiva que se presentó en la mitad de los casos revisados. No obstante, se debe considerar la coexistencia de ambos cuadros clínicos ya que de esta manera podemos realizar una conducta terapéutica adecuada en función de mejorar la sobrevida del paciente.

El cuadro clínico clásico comprende los siguientes signos y síntomas:

- Ictericia que se desarrolló dentro de los tres meses anteriores a la presentación
- Anorexia
- Fiebre (excluyendo otras causas)
- Dolor abdominal en el cuadrante superior derecho/epigástrico
- Distensión abdominal por ascitis
- Debilidad de los músculos proximales debido a la pérdida de masa muscular
- Además, los pacientes con hepatitis alcohólica grave y/o cirrosis subyacente pueden mostrar signos de encefalopatía hepática como se pudo observar en los pacientes estudiados.<sup>14</sup>

Respecto a las pruebas de laboratorio, los pacientes con hepatitis alcohólica suelen tener:

- Elevaciones moderadas de GOT y GPT (típicamente menos de 300 unidades int./L, rara vez más de 500 unidades int./L)
- Una relación GOT:GPT  $\geq 2$
- Una bilirrubina sérica elevada
- Una gamma-glutamil transferasa elevada (GGT)
- Una leucocitosis con predominio de neutrófilos
- Una razón internacional normalizada (INR) elevada

Además, los pacientes pueden tener niveles bajos de albúmina sérica y prealbúmina debido a desnutrición y disminución de la síntesis en el contexto de disfunción hepática.<sup>13</sup>

Una vez realizado el diagnóstico, la determinación de la severidad es fundamental para definir la conducta médica a seguir; para este propósito la herramienta conocida como función discriminante de Maddrey resulta ser de utilidad. Los pacientes con un valor  $\geq 32$  tienen una mortalidad a corto plazo alta y pueden beneficiarse del tratamiento con glucocorticoides, mientras que aquellos con puntuaciones más bajas tienen una mortalidad a corto plazo baja y no parecen beneficiarse de los glucocorticoides.<sup>8</sup>

La eficacia de los glucocorticoides en la HA se ha evaluado en múltiples ensayos aleatorizados y metanálisis, con resultados mixtos. Las tasas de mortalidad después de uno a seis meses entre los pacientes tratados con glucocorticoides en estos ensayos oscilaron entre el 15 y el 63 por ciento. Parte de la variabilidad puede estar relacionada con las diferencias en la gravedad de la enfermedad entre los ensayos. Además de la incertidumbre, muchos estudios no proporcionaron una buena documentación sobre las complicaciones de los glucocorticoides en este entorno, por lo que su indicación debe realizarse criteriosamente.<sup>15,16,17</sup>

Tradicionalmente se ha administrado Prednisona 40 mg diarios, siempre que no haya contraindicaciones para su uso. Se debe evaluar la respuesta al tratamiento en una semana y en caso de objetivar una respuesta favorable se mantiene el tratamiento por 28 días; de no ser así se debe suspender. Los pacientes que no responden a la terapia médica pueden necesitar un trasplante de hígado antes de un período de espera de seis meses. Sin embargo, dichos pacientes deben seleccionarse con mucho cuidado para garantizar un riesgo mínimo de recaída en el alcohol después del trasplante.<sup>8</sup>

La puntuación de Lille es otro método que los médicos podemos usar, para determinar

si los pacientes con hepatitis alcohólica están respondiendo a la terapia con glucocorticoides. No usamos la puntuación de Lille cuando decidimos continuar con el tratamiento, pero dado que incorpora una disminución de la bilirrubina en respuesta a los esteroides, también puede usarse. La puntuación se derivó de una cohorte de 295 pacientes con hepatitis alcohólica que fueron tratados con glucocorticoides. Combina seis variables: edad, insuficiencia renal ( $\text{Cr} > 1,3$  o aclaramiento de creatinina  $< 40$  ml/minuto), albúmina, tiempo de protrombina, bilirrubina y evolución de la bilirrubina al día 7 (bilirrubina al día 7 – bilirrubina al día 0). Existen calculadoras en línea que están disponibles para calcular el puntaje de Lille. Una puntuación  $>0,45$  sugiere que un paciente no responde al tratamiento con glucocorticoides.<sup>8</sup>

El manejo de las comorbilidades es fundamental para mejorar el pronóstico de los pacientes, tales como las complicaciones del DHC ya sea HTP y/o encefalopatía hepática. También es sumamente importante el tratamiento del síndrome de abstinencia al alcohol ya que suele estar presente en un porcentaje importante de los pacientes estudiados, así como el manejo integral de la adicción para evitar recaídas. Se debe brindar apoyo nutricional a los pacientes que lo requieran con el objetivo de proporcionar calorías y proteínas adecuadas, además de la reposición de vitaminas (p. ej., tiamina, folato y piridoxina) y minerales (p. ej., fosfato, magnesio).<sup>18</sup>

Se han identificado múltiples factores de riesgo para el aumento de la mortalidad en pacientes con hepatitis alcohólica y algunos se han incorporado a modelos pronósticos. Los resultados a largo plazo también son malos si los pacientes han presentado una descompensación aguda, con un 50 % de mortalidad a los cinco años. Los factores de riesgo para una mayor mortalidad incluyen:<sup>19,20</sup>

- Mayor edad
- Lesión renal aguda

- Nivel elevado de bilirrubina
- Relación internacional normalizada elevada
- Leucocitosis
- Consumo de alcohol >120 g por día
- Infección (sepsis, peritonitis bacteriana espontánea, neumonía, infección del tracto urinario, aspergilosis)
- Encefalopatía hepática
- Sangrado gastrointestinal superior
- Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica
- En términos generales el pronóstico de estos pacientes suele ser ominoso, un porcentaje no despreciable fallece durante la hospitalización a pesar de tratamiento médico, mientras que aquellos que logran recuperarse persisten con un elevado riesgo de recurrencia y una sobrevida global reducida, en el caso de los pacientes estudiados en este trabajo, cerca de un 30% falleció antes de 1 año; secundario a diversas complicaciones de su enfermedad hepática.

## Conclusiones

Si bien la HA es una patología de alta mortalidad y subdiagnosticada, con escasos datos a nivel nacional; existe en la literatura médica actual información suficiente sobre cuáles son los pacientes en riesgo de esta patología y sobre los principales elementos clínicos y de laboratorios que nos orientan al diagnóstico, así como las principales directrices acerca del manejo de esta enfermedad.

La realidad del HRT, es muy similar a la que se plantea en la literatura médica internacional en cuanto a las características clínicas y demográficas de los pacientes con HA. Sin embargo, es importante aumentar el índice de sospecha de esta patología con el fin de realizar un diagnóstico precoz y ofrecer el tratamiento adecuado lo antes posible conforme a la evidencia actual, usando las herramientas sugeridas a nivel internacional para lograr establecer el pronóstico de manera confiable, utilizando herramientas validadas por la

evidencias y propuestas en este trabajo tales como el score de Maddrey y modelo pronóstico de Lille.

Creemos que este estudio contribuye a generar un acercamiento respecto al enfrentamiento de esta enfermedad, exponiendo los factores principales que se deben identificar para realizar un manejo integral de los pacientes desde la realidad local.

Cabe destacar la importancia de la prevención de esta patología y el tratamiento del consumo excesivo de alcohol como principal estrategia clínica para abordar esta enfermedad, donde la educación a los pacientes por parte del equipo de salud y el manejo multidisciplinario de estos pacientes juega un rol fundamental.

## Bibliografía

1. Jinjuvadia R, Liangpunsakul S, Consorcio de investigación traslacional y tratamiento de la hepatitis alcohólica en evolución. Tendencias en las hospitalizaciones relacionadas con la hepatitis alcohólica, la carga financiera y la mortalidad en los Estados Unidos. *J Clin Gastroenterol* 2015; 49:506.
2. Fedeli U, Avossa F, Guzzinati S, et al. Tendencias en la mortalidad por enfermedad hepática crónica. *Ann Epidemiol* 2014; 24:522.
3. Mendenhall CL, Moritz TE, Roselle GA, et al. Un estudio de soporte nutricional oral con oxandrolona en pacientes desnutridos con hepatitis alcohólica: resultados de un estudio cooperativo del Departamento de Asuntos de Veteranos. *Hepatology* 1993; 17:564.
4. Naveau S, Giraud V, Borotto E, et al. El exceso de peso es un factor de riesgo para la enfermedad hepática alcohólica. *Hepatology* 1997; 25:108.
5. Lucey MR, Mathurin P, Morgan TR. Hepatitis alcohólica. *N Engl J Med* 2009; 360:2758.
6. Imperiale TF, McCullough AJ. ¿Los corticosteroides reducen la mortalidad por hepatitis alcohólica? Un metanálisis de los ensayos aleatorios. *Ann Intern Med* 1990; 113:299.
7. Maddrey WC, Boitnott JK, Bedine MS, et

- al. Terapia con corticosteroides de la hepatitis alcohólica. *Gastroenterología* 1978; 75:193.
- 8.Scott L. Friedman: Management and prognosis of alcoholic hepatitis: UpToDate.Literature review current through: Oct 2022. | This topic last updated: May 17, 2022
- 9.Bennett K, Enki DG, Thursz M, et al. Revisión sistemática con metanálisis: alta mortalidad en pacientes con hepatitis alcohólica no grave. *Alimento Pharmacol Ther* 2019; 50:249.
- 10.Hughes E, Hopkins LJ, Parker R. La supervivencia de la hepatitis alcohólica no ha mejorado con el tiempo. *PLoS Uno* 2018; 13:e0192393
- 11.Sohal A, Khalid S, Green V, et al. La pandemia dentro de la pandemia: aumento sin precedentes de la hepatitis relacionada con el alcohol durante la pandemia de COVID-19. *J Clin Gastroenterol* 2022; 56:e171.
- 12.Cohen SM, Ahn J. Artículo de revisión: diagnóstico y tratamiento de la hepatitis alcohólica. *Alimento Pharmacol Ther* 2009; 30:3.
- 13.Scott L. Friedman:Alcoholic hepatitis: Clinical manifestations and diagnosis. In Up-toDate Bruce A Runyon, MD, FAASLD. Literature review current through: Oct 2022. | This topic last updated: Jul 29, 2022.
- 14.Levitsky J, Mailliard ME. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad hepática alcohólica. *Enfermedad del hígado de Semin* 2004; 24:233.
- 15.Pavlov CS, Varganova DL, Casazza G, et al. Glucocorticosteroides para personas con hepatitis alcohólica. *Base de datos Cochrane Syst Rev* 2017; 11:CD001511.
- 16.Louvet A, Wartel F, Castel H, et al. Infección en pacientes con hepatitis alcohólica grave tratados con esteroides: la respuesta temprana a la terapia es el factor clave. *Gastroenterología* 2009; 137:541.
- 17.Mathurin P, O'Grady J, Carithers RL, et al. Los corticosteroides mejoran la supervivencia a corto plazo en pacientes con hepatitis alcohólica grave: metanálisis de datos de pacientes individuales. *tripa* 2011; 60:255.
- 18.Lucey MR, Mathurin P, Morgan TR. Hepatitis alcohólica. *N Engl J Med* 2009; 360:2758.
- 19.Ali S, Hussain S, Cabello M, Shah AA. Comparación de la función discriminante de Maddrey, la puntuación de Child-Pugh y la puntuación de hepatitis alcohólica de Glasgow para predecir la mortalidad a los 28 días al ingreso en pacientes con hepatitis aguda. *Ir J Med Sci* 2013; 182:63.
- 20.Degré D, Stauber RE, Englebert G, et al. Resultados a largo plazo en pacientes con enfermedad hepática relacionada con el alcohol descompensada, esteatohepatitis y función discriminante de Maddrey <32. *J Hepatol* 2020; 72:636.

Descripción de pacientes	
Total de pacientes	16
Edad (promedio)	37 - 63 años (52 años)
Sexo	15 (93,76%) hombres
	1 (6,25%) mujer
Antecedente de DHC	14 (87,5%) pacientes
Consumo excesivo de OH por más de años	16 (100%) pacientes
Alcoholismo activo al momento del diagnóstico	15 (93,76%) pacientes
Complicaciones más frecuentes	10 (62,5%) Descompensación por encefalopatía
	8 (50%) Descompensación por HTA portal
	15 (93,75%) Desnutrición
	10 (62,5%) Sd. Abstinencia de OH

Tabla 1. Descripción de pacientes incluidos en el estudio

Hallazgos principales	
Clínicos	
Ictericia	14 (87,5%) pacientes
Ascitis	8 (50%) pacientes
Compromiso de conciencia	10 (62,5%) pacientes
Edema de extremidades	5 (31,25%) pacientes
Laboratorio	
BT elevada	14 (87,5%) pacientes
GOT y/o GPT discretamente elevadas	14 (87,5%) pacientes
Relación GOT/GPT > 2	8 (50%) pacientes
INR elevado	13 (81,25%) pacientes
Leucocitosis > 12000	9 (56,25%) pacientes

Tabla 2. Hallazgos clínicos y de laboratorio