

Resumen Ejecutivo del Caso Clínico

Introducción

El síndrome de **Marine–Lenhart** representa una causa infrecuente de hipertiroidismo caracterizada por la coexistencia de enfermedad de Graves con uno o más nódulos tiroideos autónomos de funcionamiento hiperactivo. Descrito por Marine y Lenhart en 1911, este síndrome combina mecanismos autoinmunes y autónomos de estimulación tiroidea, con una prevalencia estimada entre 0.8 y 2.7% de los pacientes con Graves. Su identificación es relevante, ya que modifica el abordaje diagnóstico y el tratamiento definitivo frente a la tirotoxicosis clásica.

Datos Generales del Paciente

Nombre: Ramiro Frías Fernández

Edad: 63 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Agricultor

Antecedentes personales: Hipertensión arterial esencial controlada con metoprolol y aspirina; exfumador con antecedente de consumo ocasional de alcohol y cocaína.

Índice de masa corporal: 23–23.2 (normal).

Alergias: Negadas.

Motivo de Consulta y Evaluación Inicial

El paciente acudió el 15 de mayo de 2025 por disnea de pequeños esfuerzos y episodios presincoales, con antecedente de cardiomegalia.

Signos vitales: TA 120/70 mmHg, FC 110 lpm, SatO₂ 98%.

Estudios iniciales:

- **ECO:** FEVI 69%, disfunción diastólica grado I, insuficiencia tricuspídea moderada.
- **TAC:** aumento del tamaño tiroideo y signos de hipertensión pulmonar leve.
- **EKG:** bradicardia sinusal e hipertrofia ventricular izquierda.
- **Laboratorios:** función hepática y renal normales

Evolución y Hallazgos Diagnósticos

El seguimiento del perfil tiroideo evidenció TSH persistentemente suprimida (<0.005 $\mu\text{UI/mL}$) con elevación inicial de T3 y T4, seguida de mejoría gradual bajo tratamiento con tiamazol.

El 08 de julio de 2025 presentó un episodio agudo de tirotoxicosis severa con fibrilación auricular paroxística y síncope, que motivó hospitalización.

Estudios complementarios:

- **USG tiroideo:** glándula heterogénea con nódulo TIRADS 3.
- **Gammagrafía con I-131:** captación global de 51.8% con zona focal hipercaptante compatible con bocio nodular tóxico hiperfuncionante.

- **TRAb y anti-TPO positivos**, confirmando autoinmunidad activa.
- **Holter:** síndrome taquicardia–bradicardia, indicándose marcapasos definitivo el 09/07/2025.

Tratamiento y Evolución Clínica

Durante la hospitalización se administró tiamazol, prednisona y betabloqueo, suspendiendo amiodarona y controlando la arritmia. Al egreso, el paciente continuó con tiamazol 10 mg cada 8 h, prednisona 20 mg (reducción progresiva), metoprolol, rivaroxabán, y manejo cardiológico continuo.

En el seguimiento ambulatorio (julio–agosto 2025) el paciente se mantuvo clínicamente estable, con mejoría progresiva del perfil tiroideo (T3L 8.47 → 6.1 → 1.09) y adecuada función del marcapasos. Se planteó tratamiento definitivo con radioyodo.

Diagnósticos Finales

1. **Síndrome de Marine–Lenhart** (enfermedad de Graves + bocio nodular tóxico).
2. **Fibrilación auricular paroxística secundaria a hipertiroidismo.**
3. **Síndrome del nodo enfermo**, con implante de marcapasos definitivo.
4. **Hipertensión arterial esencial controlada.**
5. **Disfunción diastólica grado I.**

Plan Actual y Pronóstico

- Continuar tiamazol 10 mg c/8h hasta normalización completa del eje tiroideo.
- Monitoreo de TSH, T3L y T4L cada 4–6 semanas.
- Programado para tratamiento definitivo con radioyodo.
- Mantener anticoagulación, betabloqueo y control cardiológico del marcapasos.
- Pronóstico favorable, con estabilidad endocrino–cardíaca bajo manejo conjunto

Discusión y Relevancia Académica

El caso enfatiza la importancia de considerar el síndrome de Marine–Lenhart en pacientes con enfermedad de Graves y nódulos tiroideos, ya que el tratamiento estándar con antitiroideos puede ser insuficiente.

El diagnóstico requiere la correlación de anticuerpos específicos (TRAb, TPOAb, TgAb), ultrasonido tiroideo y gammagrafía con captación focalmente aumentada.

El tratamiento definitivo suele requerir yodo radiactivo a dosis mayores (≥ 25 mCi) o tiroidectomía total, especialmente ante recurrencias o bocios de gran tamaño.

El manejo multidisciplinario con endocrinología y cardiología es fundamental para reducir complicaciones como arritmias, insuficiencia cardíaca o tormenta tiroidea.

Este caso resalta la necesidad de un enfoque diagnóstico integral, recordando que no toda tirotoxicosis corresponde a una enfermedad de Graves clásica y que la coexistencia de mecanismos autoinmunes y autónomos debe sospecharse ante captación heterogénea en estudios funcionales.