

 ACCESO ABIERTO

Recibido: 31/07/2025

Aceptado: 01/10/2025

Publicado: 23/02/2026

**Citar como:** Pacios Dorado JL, Barroso Fontanals ME, Fernández Sosa R, Hernández Safonts ER. Síndrome del corazón roto o cardiomiopatía de Takotsubo: principales características clínico-epidemiológicas. Inmedsur [Internet]. 2026 [citado fecha de acceso];9(2026): e428. Disponible en: <http://www.inmedsur.cfg.sld.cu/index.php/inmedsur/article/view/428>

## Síndrome del corazón roto o cardiomiopatía de Takotsubo: principales características clínico-epidemiológicas

### Broken Heart Syndrome or Takotsubo Cardiomyopathy: Main Clinical and Epidemiological Characteristics

Juan Leonardo Pacios Dorado<sup>1</sup>  , Miguel Enrique Barroso Fontanals<sup>2</sup> , Raiza Fernández Sosa<sup>3</sup> , Elda Rosa Hernández Safonts<sup>3</sup> 

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana. Cuba.

<sup>2</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Facultad de Medicina N°2. Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>3</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Palma Soriano. Santiago de Cuba. Cuba.

 Autor para la correspondencia: [jlpd2018@nauta.cu](mailto:jlpd2018@nauta.cu)

**Palabras clave:** síndrome del corazón roto; cardiomiopatía de Takotsubo; cardiomiopatía; estrés psicológico; diagnóstico, epidemiología

**Keywords:** takotsubo cardiomyopathy; cardiomyopathy; stress psychological; diagnosis, epidemiology

## RESUMEN

La cardiomiopatía por estrés, también denominada síndrome del corazón roto o cardiomiopatía de Takotsubo, se caracteriza por la disfunción ventricular izquierda transitoria, sin obstrucción coronaria significativa, desencadenada de forma frecuente por estrés intenso. Afecta en mayor grado a mujeres postmenopáusicas, presenta mortalidad intrahospitalaria comparable con el infarto y riesgo de complicaciones graves o recurrencia. Se realizó la revisión con el objetivo de describir las principales características clínico-epidemiológicas de esta enfermedad. Se obtuvo la información científica de Scielo, Google Académico, Pubmed y BASE. Se emplearon descriptores en ciencias de salud. Se seleccionaron 22 artículos en español, inglés y portugués. El síndrome de Takotsubo, implica una alta sospecha clínica. Comprender sus características distintivas es crucial para un manejo adecuado y evitar errores. El diagnóstico diferencial con el síndrome coronario agudo y la identificación temprana de desencadenantes son esenciales en un contexto de estrés global creciente.

## ABSTRACT

Stress cardiomyopathy, also known as broken heart syndrome or Takotsubo cardiomyopathy, is characterized by transient left ventricular dysfunction, without significant coronary obstruction, frequently triggered by intense stress. It affects postmenopausal women more frequently, has in-hospital mortality comparable to myocardial infarction, and carries a risk of serious complications or recurrence. This review was conducted to describe the main clinical and epidemiological characteristics of this disease. Scientific information was obtained from Scielo, Google Scholar, Pubmed, and BASE. Health sciences descriptors were used. Twenty-two articles in Spanish, English, and Portuguese were selected. Takotsubo syndrome warrants a high index of clinical suspicion. Understanding its distinctive characteristics is crucial for appropriate management and avoiding errors. Differential diagnosis with acute coronary syndrome and early identification of triggers are essential in a context of increasing global stress.

---

## INTRODUCCIÓN

---

La cardiomiopatía por estrés o de Takotsubo (CTT), conocida como síndrome del corazón roto, también referida como miocardiopatía de Tako-Tsubo, constituye una entidad clínica aguda que simula un síndrome coronario agudo (SCA). Representa un desafío diagnóstico y terapéutico en la cardiología contemporánea. <sup>(1,2)</sup>

Debe su nombre a la deformación característica del ventrículo izquierdo, que adquiere una forma similar a las Takotsubo, vasijas japonesas para atrapar pulpos. La entidad fue descrita por primera vez en Japón en 1990. Esta condición, desencadenada de forma frecuente por estrés físico o emocional intenso, se caracteriza por una disfunción ventricular transitoria en ausencia de obstrucción coronaria significativa, con una fisiopatología compleja que involucra catecolaminas y alteraciones microvasculares. <sup>(1,2)</sup>

La CTT afecta en mayor medida a mujeres postmenopáusicas que representan más del 90 % de los casos, aunque puede ocurrir en cualquier grupo etáreo.

Su incidencia se estima entre el 1 y el 2 % de los pacientes diagnosticados con SCA, hasta el 5 o 6 % en mujeres con sospecha de infarto. Si bien de forma inicial se reportó con mayor frecuencia en poblaciones asiáticas, de forma especial Japón, su reconocimiento es global, con estudios epidemiológicos significativos en Europa y América del Norte. La mortalidad intrahospitalaria es comparable a la del infarto agudo de miocardio, alrededor del 4 al 5 %, se destaca su gravedad potencial a pesar de la recuperación funcional habitual. <sup>(3,4)</sup>

El cuadro clínico típico incluye: dolor torácico agudo, disnea y cambios electrocardiográficos, elevación del segmento ST o inversión de la onda T, acompañados de elevación de biomarcadores cardíacos, troponina, prueba del péptido natriurético de tipo B (BNP) (por sus siglas en inglés). Los desencadenantes identificados abarcan desde el estrés emocional, el duelo, la ansiedad o el miedo hasta el estrés físico, las infecciones graves, la cirugía o la exacerbación de una enfermedad crónica. <sup>(5)</sup>

Pese a su naturaleza transitoria, la CTT conlleva riesgos significativos de complicaciones agudas: shock cardiogénico, arritmias ventriculares, tromboembolismo y posibles recurrencias, del 2 al 5 % anual. Su creciente reconocimiento y los vacíos persistentes en la comprensión de su fisiopatología, manejo óptimo y pronóstico a largo plazo subrayan la necesidad de caracterizar esta afección de forma integral. <sup>(6,7)</sup>

Por ello, el objetivo de la presente investigación es describir las principales características clínico-epidemiológicas de la cardiomiopatía de Takotsubo.

---

## MÉTODO

---

Se realizó una revisión bibliográfica. La técnica principal de recolección de la información la constituyó la búsqueda en línea en las bases de datos Scielo, Google académico, Pubmed y BASE, se utilizaron sus motores de búsqueda. Se emplearon los descriptores: síndrome del corazón roto, cardiomiopatía de Takotsubo y sus traducciones al idioma inglés. Se seleccionaron un total de 22 artículos atendiendo a su nivel de actualización, ajuste y enfoque del tema. Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos. Se respetaron las bases de los enunciados de materiales citados. No se declaró la existencia de conflictos éticos.

---

## DESARROLLO

---

La CTT o síndrome del corazón roto, ha dejado de ser una curiosidad médica para convertirse en una entidad clínica reconocida con importantes implicaciones. Descrita en Japón en la década de 1990, su identificación global ha revelado una incidencia creciente, que representa hasta un 2 % de los síndromes coronarios agudos de forma inicial sospechados y ha

planteado desafíos únicos en el diagnóstico y manejo. Este fenómeno cardíaco, desencadenado con frecuencia por un intenso estrés emocional o físico, subraya la profunda conexión entre la mente y el corazón.<sup>(8)</sup>

### *PRINCIPALES SÍNTOMAS Y SIGNOS DE LA ENFERMEDAD*

La presentación clínica inicial de la CCT es de forma frecuente aguda y dramática, simula en gran medida un síndrome coronario agudo, en particular un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.<sup>(9)</sup>

El síntoma predominante y más común es el dolor torácico retroesternal de carácter opresivo, indistinguible en su descripción del dolor isquémico cardíaco clásico. Este dolor suele ser intenso, de inicio súbito y puede irradiarse al brazo izquierdo, mandíbula o espalda.<sup>(9)</sup>

Junto al dolor, la disnea o sensación de falta de aire es otro síntoma cardinal, presente en un porcentaje significativo de pacientes, que puede manifestarse como dificultad respiratoria en reposo o con mínimos esfuerzos. En casos más graves, la disnea puede evolucionar hacia signos claros de insuficiencia cardíaca aguda, como ortopnea o disnea paroxística nocturna.<sup>(9)</sup>

Es característico que estos síntomas aparezcan precedidos o asociados a un desencadenante emocional o físico intenso y agudo, como la muerte de un ser querido, una discusión violenta, una sorpresa extrema, un accidente, una intervención quirúrgica o una enfermedad médica grave como: un accidente cerebrovascular o un ataque de asma.<sup>(9,10)</sup>

Desde el punto de vista de los signos clínicos, la exploración física puede revelar hallazgos variables. En la fase aguda, es frecuente detectar taquicardia (frecuencia cardíaca elevada) e hipotensión (presión arterial baja), reflejo de la disfunción ventricular izquierda transitoria y la posible reducción del gasto cardíaco.<sup>(10,11)</sup>

La auscultación cardíaca puede ser normal o hacer evidente un galope por tercer ruido (S3), indicativo de disfunción ventricular y en ocasiones un soplo sistólico transitorio relacionado con la acinesia apical y la alteración en el cierre de la válvula mitral, que puede derivar en insuficiencia mitral de grado variable. La auscultación pulmonar puede mostrar crepitantes bibasales si existe congestión pulmonar secundaria a la insuficiencia cardíaca izquierda.<sup>(10,11)</sup>

En los casos más severos, pueden observarse signos de shock cardiogénico, con hipotensión marcada, taquicardia extrema, palidez, diaforesis y disminución del nivel de conciencia o arritmias ventriculares mortales. Cabe destacar que, aunque la disfunción es transitoria, las complicaciones agudas pueden ser graves y requieren manejo intensivo.<sup>(12)</sup>

Es importante reconocer que existe un patrón de presentación atípico en una minoría de pacientes. En lugar del cuadro clásico de dolor torácico, estos individuos pueden presentarse, de forma predominante, con síncope o pérdida brusca de conciencia, palpitaciones por arritmias supraventriculares o ventriculares, incluso, como un paro cardíaco súbito recuperado.<sup>(12)</sup>

La presencia de síntomas constitucionales como náuseas, vómitos o dolor epigástrico, también, puede ocurrir y añade complejidad al diagnóstico diferencial, que debe incluir patología gastrointestinal aguda. A pesar de la gravedad inicial y la similitud con el infarto, una característica distintiva y esperanzadora del síndrome de Takotsubo es la recuperación completa de la función ventricular izquierda en la gran mayoría de los casos, de forma general dentro de días o semanas, aunque el seguimiento a largo plazo es crucial.<sup>(12)</sup>

### *FORMAS GRAVES DE PRESENTACIÓN*

La CTT, aunque considerada de pronóstico más favorable que el síndrome coronario agudo isquémico, presenta un espectro de gravedad considerable. Un subgrupo significativo de pacientes experimenta manifestaciones clínicas graves que conllevan mayor morbilidad y mortalidad y requieren un manejo intensivo.<sup>(13)</sup>

Estas formas graves representan un desafío diagnóstico y terapéutico, que se contraponen la percepción inicial de la CTT como una entidad benigna. La presentación grave puede dominar el cuadro clínico inicial o desarrollarse como una complicación durante la evolución hospitalaria, incluso en pacientes que al inicio parecían estables. <sup>(13)</sup>

La identificación temprana de los factores de riesgo asociados a estas formas críticas, como: ser del sexo masculino, la presencia de desencadenantes físicos, de forma especial hemorragia aguda o sepsis, el subtipo apical con afectación de la punta, la elevación marcada de troponinas o de péptidos natriuréticos y la taquicardia sostenida, resulta crucial para un manejo proactivo y la optimización de recursos. <sup>(13,14)</sup>

Entre las manifestaciones graves más temidas se encuentra el shock cardiogénico, que ocurre de forma aproximada en el 8 y el 10 % de los casos hospitalizados. Este estado de bajo gasto cardíaco resulta de la disfunción sistólica ventricular izquierda severa, a menudo exacerbada por la obstrucción dinámica del tracto de salida del ventrículo izquierdo (OTSVI) o la insuficiencia mitral aguda significativa. <sup>(13,14)</sup>

La presencia de OTSVI, observada en un porcentaje relevante de pacientes graves, genera un gradiente intraventricular que aumenta la poscarga, reduce aún más el volumen sistólico y eleva de manera muy marcada las presiones de llenado. La insuficiencia cardíaca aguda congestiva con edema pulmonar es otra complicación frecuente, que afecta alrededor del 20 % de los pacientes, derivada de la disfunción ventricular y la elevación de las presiones de llenado, <sup>(14)</sup> además, las arritmias ventriculares malignas, que incluyen la taquicardia ventricular sostenida y la fibrilación ventricular, aunque menos comunes que en el infarto agudo de miocardio, pueden ocurrir, de forma particular en la fase hiperaguda, lo que contribuye al paro cardíaco súbito o a la muerte. La tromboembolia sistémica representa otro riesgo significativo en las formas graves con disfunción ventricular severa, fracción de eyección ventricular izquierda menor del 30 % y acinesia apical marcada, donde la estasis sanguínea favorece la formación de trombos murales en el ápex ventricular. <sup>(14)</sup>

La ruptura de la pared libre del ventrículo izquierdo, aunque muy rara, es una complicación catastrófica con una mortalidad elevadísima, asociada de manera general a afectación extensa del miocardio y necrosis transmural. La OTSVI, además de contribuir al shock, puede causar isquemia subendocárdica secundaria y prolongar la recuperación funcional. <sup>(14)</sup>

Estas formas graves de presentación del síndrome de Takotsubo conllevan a una mortalidad hospitalaria que puede aproximarse al 4 o 5 %, cifra comparable a la observada en el infarto agudo de miocardio en algunos registros, de forma particular en pacientes que desarrollan shock cardiogénico o requieren soporte circulatorio mecánico avanzado. <sup>(15)</sup>

El manejo del síndrome requiere un enfoque multidisciplinario en unidades de cuidados intensivos cardiológicos, con monitorización hemodinámica invasiva, soporte inotrópico o vasopresor juicioso, evita catecolaminas en lo posible si hay OTSVI, consideración de dispositivos de asistencia ventricular percutánea en casos refractarios y profilaxis antitrombótica en pacientes de alto riesgo. <sup>(15)</sup>

A pesar de la gravedad inicial, es importante destacar que la disfunción ventricular izquierda en la CTT es de forma general reversible en semanas o meses, incluso en estos casos críticos, aunque pueden persistir secuelas funcionales o alteraciones en la calidad de vida en un subconjunto de pacientes. El reconocimiento de estas presentaciones severas es fundamental para mejorar los resultados clínicos y guiar estrategias terapéuticas específicas. <sup>(15)</sup>

## DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Desde la epidemiología, el síndrome, exhibe un claro predominio en mujeres postmenopáusicas, que constituyen de forma aproximada el 90 % de los casos reportados, lo que sugiere un posible papel protector de los estrógenos cuya ausencia podría aumentar la vulnerabilidad. Aunque su incidencia exacta es difícil de precisar, se estima que representa entre el 1 % y el 3 % de los síndromes coronarios agudos con sospecha inicial de infarto. <sup>(16,17)</sup>

El desencadenante más reconocido es un evento estresante agudo, que puede ser de naturaleza emocional: pérdida de

un ser querido, miedo intenso, conflicto interpersonal o física: procedimientos médicos, accidentes, exacerbación de una enfermedad subyacente, sepsis. <sup>(16,17)</sup>

Desde el punto de vista clínico, la presentación es menos distinguible de un infarto agudo de miocardio (IAM), con síntomas como dolor torácico opresivo intenso, disnea e incluso, signos de insuficiencia cardíaca aguda o shock cardiogénico en casos graves. La elevación de biomarcadores cardíacos: troponina, prueba CK-MB, es habitual, aunque de manera general menos pronunciada que en un IAM con obstrucción coronaria total. Las complicaciones agudas pueden incluir arritmias ventriculares, insuficiencia cardíaca aguda, obstrucción dinámica del tracto de salida del ventrículo izquierdo y, rara vez, ruptura de la pared ventricular. <sup>(16,17)</sup>

El diagnóstico de la cardiomiopatía de Takotsubo se basa de forma fundamental en criterios clínicos y de imagen, pues resulta esencial descartar una enfermedad coronaria obstructiva como causa primaria. <sup>(16,17)</sup>

Los criterios diagnósticos de la Clínica Mayo modificados son muy utilizados y requieren:

- Disfunción ventricular izquierda transitoria: hipocinesia, acinesia o discinesia que de forma frecuente excede el territorio de una sola arteria coronaria, con un patrón apical, Takotsubo o globo apical, aunque existen variantes: medioventricular, basal y focal.
- Ausencia de enfermedad coronaria obstructiva o evidencia angiográfica de ruptura aguda de placa que explique la disfunción.
- Nuevos cambios electrocardiográficos: elevación o depresión del segmento ST, inversión de la onda T, prolongación del intervalo QT o elevación moderada de troponina cardíaca.

Exclusión de feocromocitoma o miocarditis. <sup>(18)</sup>

La coronariografía es el examen por excelencia para descartar una obstrucción coronaria significativa. El ecocardiograma transtorácico es crucial, demuestra la alteración motilidad regional característica, de forma clásica acinesia apical con hipercontractilidad basal y evalúa la función sistólica global, fracción de eyección reducida y posibles complicaciones como: obstrucción del tracto de salida. La resonancia magnética cardíaca es cada vez más valiosa, muestra el edema miocárdico sin realce tardío de gadolinio, que indica ausencia de necrosis, lo que ayuda a diferenciarlo del IAM y la miocarditis. <sup>(19)</sup>

El tratamiento de la cardiomiopatía de Takotsubo es de soporte y sintomático, dado el carácter de forma general reversible de la disfunción ventricular, aunque la fase aguda puede ser crítica. No existe un régimen terapéutico estandarizado basado en grandes ensayos controlados. Durante la fase hospitalaria aguda, el manejo se enfoca en estabilizar al paciente y tratar las complicaciones presentes. <sup>(19)</sup>

En pacientes con insuficiencia cardíaca aguda, se emplean diuréticos de asa para reducir la congestión. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o los bloqueadores de los receptores de angiotensina II (BRA) se inician temprano para reducir la poscarga y favorecer la recuperación de la función ventricular, al ajustar la dosis según la presión arterial. Los betabloqueantes pueden ser beneficiosos, de forma específica en presencia de taquicardia, obstrucción del tracto de salida o arritmias, aunque su uso debe ser cauteloso en insuficiencia cardíaca grave; se consideran parte del tratamiento a medio plazo para mitigar los efectos de las catecolaminas y prevenir recurrencias. <sup>(20)</sup>

Los antagonistas de la aldosterona pueden añadirse en casos de disfunción ventricular significativa persistente. La anticoagulación profiláctica es importante durante la fase de acinesia apical para prevenir trombosis intracavitarias. El manejo de arritmias o shock cardiogénico sigue los protocolos estándar, aunque pudiera requerirse de soporte circulatorio mecánico transitorio en casos extremos. <sup>(20)</sup>

Es fundamental identificar y tratar los desencadenantes subyacentes: dolor, ansiedad, condiciones médicas agudas. El seguimiento ambulatorio es esencial, con ecocardiogramas seriados para confirmar la resolución de la disfunción ventricular, que ocurre en semanas o meses. <sup>(20)</sup>

El asesoramiento sobre manejo del estrés y el control de factores de riesgo cardiovascular son componentes importantes del manejo a largo plazo, dada la posibilidad de recurrencia en un pequeño porcentaje de pacientes. El pronóstico a corto plazo es favorable, aunque la mortalidad aguda puede alcanzar del 4 al 5 %, similar a la del IAM y de forma especial en pacientes mayores o con complicaciones graves y algunos estudios sugieren un riesgo a largo plazo mayor que la población general. <sup>(20)</sup>

## PREVENCIÓN

La prevención del síndrome de Takotsubo se centra en la identificación y el manejo de los factores desencadenantes, en particular, el estrés emocional y físico agudo. Dada la fuerte asociación con eventos estresantes, las estrategias dirigidas a mejorar la resiliencia psicológica y el manejo del estrés son fundamentales. Esto puede incluir técnicas de relajación, terapia cognitivo-conductual, apoyo psicológico durante periodos de duelo o crisis vitales y el fomento de sólidas redes sociales de apoyo. <sup>(21)</sup>

En el ámbito físico, es crucial un manejo médico óptimo de las condiciones agudas o crónicas que puedan actuar como desencadenantes, como infecciones graves, trastornos neurológicos o enfermedades respiratorias. Para pacientes con antecedentes de Takotsubo, el enfoque preventivo adquiere mayor relevancia. Se recomienda un seguimiento cardiológico regular para monitorizar la función ventricular y evaluar síntomas que pudieran indicar recurrencia. <sup>(21)</sup>

Aunque la evidencia es limitada, algunos estudios sugieren un posible beneficio de la terapia con betabloqueantes o IECA a largo plazo en pacientes de alto riesgo para mitigar los efectos de las catecolaminas sobre el miocardio y prevenir episodios recurrentes, sin embargo, la terapia farmacológica preventiva debe individualizarse con cuidado y considerar el perfil de riesgo-beneficio para cada paciente. <sup>(22)</sup>

La educación del paciente sobre la naturaleza del síndrome, su asociación con el estrés y la importancia de buscar ayuda ante situaciones emocionales abrumadoras constituye otro pilar esencial en la prevención. Se requiere de mayor investigación para establecer protocolos preventivos estandarizados basados en evidencia sólida. <sup>(22)</sup>

---

## CONCLUSIONES

---

El síndrome de Takotsubo, como entidad clínica aguda que simula un infarto y con potenciales complicaciones graves, exige un alto índice de sospecha por parte de la comunidad médica. Comprender sus características clínico-epidemiológicas distintivas, su desencadenamiento frecuente por estrés emocional o físico, su predilección por mujeres postmenopáusicas y su curso transitorio, pero no exento de riesgos, es fundamental para un manejo oportuno y adecuado, evitar errores diagnósticos y optimizar el pronóstico de los pacientes. El diagnóstico diferencial preciso frente al síndrome coronario agudo y la identificación temprana de factores desencadenantes son herramientas esenciales para abordar esta condición cardíaca única, cuya incidencia parece aumentar en un mundo con crecientes niveles de estrés.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

## CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

**JLPD:** Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Administración del proyecto,

---

Recursos, Validación, Redacción del borrador original y Redacción, revisión y edición

**MEBF:** Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Administración del proyecto, Recursos, Validación, Redacción del borrador original y Redacción, revisión y edición

**RFS:** Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Administración del proyecto, Recursos, Validación, Redacción del borrador original y Redacción, revisión y edición

**ERHS:** Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Administración del proyecto, Recursos, Validación, Redacción del borrador original y Redacción, revisión y edición

## **FINANCIACIÓN**

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del presente artículo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carvajal JS, Sulca KG, Montenegro DA, Morocho FB. Cardiomiopatía de Takotsubo: síndrome del corazón roto. *Vida Salud*[Internet]. 2024[citado 27/7/25];8(1):[aprox. 7p.]. Disponible en: <https://fundacionkoinonia.com.ve/ojs/index.php/saludyvida/article/view/3848/6679>.
2. Ramos S, González BP, Torres LB, Hernández M, Aguiar JE, González A. Presentación de un caso de "Corazón roto". *Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc*[Internet]. 2023[citado 27/7/25];29(3):[aprox. 2p.]. Disponible en: <https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/2208/pdf>.
3. Medina FD, Calderón FJ, Rodríguez DM, Álvarez MD, Chávez SV. Cardiomiopatía de Takotsubo (síndrome de Corazón roto) más cateterismo cardiaco en paciente femenina de 35 años. *Ciencia Latina*[Internet]. 2023[citado 27/7/25];7(3):[aprox. 8p.]. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/6773>.
4. Gómez U, Razo DA, Álvarez A, De La Fuente JC, Guizar CA. Síndrome del corazón feliz, una variante rara de la miocardiopatía de Takotsubo: a propósito de un caso. *ACM*[Internet]. 2024[citado 27/7/25];94(2):[aprox. 2p.]. Disponible en: [https://www.archivoscardiologia.com/frame\\_esp.php?id=662](https://www.archivoscardiologia.com/frame_esp.php?id=662).
5. Fajardo VM, Astudillo JMF, López MC. Síndrome del corazón roto en la nueva realidad pos-COVID-19. *CES*[Internet]. 2021[citado 27/7/25];28(4):[aprox. 2p.]. Disponible en: <https://cienciaergosum.uaemex.mx/article/view/17002>.
6. Yagüe R, Marín L, Bretón S, Hernandis R, Parra D, Plumed M. Cuidados al paciente con síndrome de Tako-Tsubo: El síndrome del corazón roto. Caso clínico. *Rev Sanitaria Inves*[Internet]. 2021[citado 27/7/25];2(11(Nov)): [aprox. 2p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8210580&orden=0&info=link>.
7. Velarde AD, Tigrero LJ, Calderón CC, Celi JC. Síndrome de Takotsubo: Estado del Arte en Diagnóstico y Manejo. *Braz J Implantol Health Sci*[Internet]. 2025[citado 27/7/25];7(6):[aprox. 18p.]. Disponible en: <https://bjih.enuvens.com.br/bjih/article/view/5976/5847>.
8. Cadrecha N, Ramos P, Mangonez J, Muedra R, López Y, Barrio AI, et al. Cuando el corazón roto no es solo un estado emocional: Síndrome de Takotsubo. *Seram*[Internet]. 2024[citado 27/7/25];1(1):[aprox. 4p.]. Disponible en: <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/download/10349/8815/10257>.
9. Chacón PP. Síndrome de Takotsubo o miocardiopatía por estrés. A propósito de un caso. *CS*[Internet]. 2021[citado 27/7/25];5(1):[aprox. 7p.]. Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/202/346>.
10. Rodríguez P, Ormaetxe L, Oartzabal U, Legorburu M, Lecumberri I, Lasa M, et al. ¿Quién me va a curar el corazón partío?: Caracterización del síndrome de Takotsubo mediante RM. *Seram*[Internet]. 2024[citado 27/7/25];1(1):[aprox. 2p.]. Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/10254/8720>.
11. Curós N, Fraga A, Moreno D, Moser J, Domènech C, Batrace L. Síndrome de Takotsubo en paciente con miocardiopatía hipertrófica septal no obstructiva familiar. *Corsalud*[Internet]. 2022[citado 27/7/25];14(1):[aprox. 2p.]. Disponible en: <https://revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/831/1475>.
12. Sánchez EM, Martín AC, Fábrega VM. Síndrome de Takotsubo. *FMC*[Internet]. 2024[citado 27/7/25];31(5):[aprox. 2p.]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S113420722400063X>.
13. Terán KE, Garcés KE. Actualización del Síndrome de tako-tsubo asociado con COVID-19. *COCIRI*[Internet]. 2023[citado 27/7/25];4(1):[aprox. 27p.]. Disponible en: <https://revistacodigocientifico.itslosandes.net/index.php/1/article/view/135/271>.
14. Carvajal JS, Sulca KG, Montenegro DA, Morocho FB. Actualización sobre el diagnóstico y tratamiento de cardiomiopatía de Takotsubo. *Rev Inf Cient*[Internet]. 2024[citado 27/7/25];103(1)(Suppl.):[aprox. 2p.]. Disponible en: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/4566/6222>.
15. Silva D, Ordoñez C, Olivos P, Silva F, Loor C, Martínez C. Cardiopatía de Takotsubo en un paciente crítico. Reporte de caso. *Rev Acciones Méd*[Internet]. 2022[citado 27/7/25];1(2)[aprox. 9p.]. Disponible en: <https://accionesmedicas.com/index.php/ram/article/view/25/64>.
16. De Sousa ML, de Sa de Sousa RB, de Sa de Sousa TB. Fatores desencadeantes da síndrome do coração partido. *REAC*[Internet]. 2024[citado 27/7/25];47(1):[aprox. 2p.]. Disponible en: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/13567/8978>.
17. Ochoa MA, Fernández AD, Ayola C, Bustamante MX. Síndrome de Takotsubo: una mirada desde la psiquiatría, reporte de caso. *Rev Colomb Psiquiat*[Internet]. 2022[citado 27/7/25];54(1):[aprox. 5p.]. Disponible

en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745022001317?via%3Dihub>.

**18.** Yáñez C, Ruíz AE, Sánchez JP, Endara PE. Síndrome de Takotsubo: Fisiopatología, manifestaciones clínicas y diagnóstico. JAH[Internet]. 2021[citado 27/7/25];4(1):[aprox. 9p.]. Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/57/127>.

**19.** Martinz A, Guardia C. Síndrome del miocardio aturcido. Rev Cog[Internet]. 2021[citado 27/7/25];25(1):[aprox. 4p.]. Disponible en: <https://www.revcog.org/index.php/rev-cog/article/view/1782>.

**20.** Toledo AJF, Santos P, Miarelli CP. Causas subjacentes da Síndrome do Coração Partido em homens adultos: uma revisão integrativa. Braz J Hea Rev. 2025;8(1):1-19.

**21.** Brito WX, Ocampo AN, Yopez NM, Llamuca MM. Síndrome de Tako-Tsubo en la Unidad de Cuidados Críticos: abordaje multidisciplinario en cardiología y medicina crítica. RECIAMUC[Internet]. 2024[citado 27/7/25];8(3):[aprox. 9p.]. Disponible en: <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1497/2449>.

**22.** Cardona MJ, Libreros CA, Marulanda JE, Sánchez FM. Cardiomiopatía de Takotsubo: corazón abalonado asociado a disfunción ventricular severa (Reporte De Caso). Arch Med[Internet]. 2022[citado 27/7/25];22(2):[aprox. 8p.]. Disponible en: <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/4167/7427>.

INMEDSUR



Este artículo de la [Revista Inmedsur](#) está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso la [Revista Inmedsur](#).