
Síndrome del Corazón Roto, desafío de un diagnóstico.

Reporte de caso

Broken Heart Syndrome, a diagnostic challenge. Case report

Jorge Sardá-Rojas¹ <https://orcid.org/0000-0002-7284-2763>

Brian Carlos Aguiar-Serrano^{2*} <https://orcid.org/0009-0002-3810-8650>

Kenia Betancourt-Gamboa³ <https://orcid.org/0000-0001-5472-861X>

Elier Carrera-González⁴ <https://orcid.org/0000-0002-1229-3168>

¹ Universidad de Ciencias Médicas. Hospital Docente Ernesto Che Guevara. Cardiocentro. Servicio de Cardiología. Villa Clara, Cuba.

² Hospital Docente Faustino Pérez. Departamento de Imagenología y Radiofísica Médica. Matanzas, Cuba.

³ Universidad de Ciencias Médicas. Facultad de Estomatología. Departamento Ciencias Básicas Bio-médicas. Camagüey, Cuba.

⁴ Universidad de Ciencias Médicas. Hospital Docente Miguel Enríquez, Unidad de Cuidados Intensivos, La Habana, Cuba.

***Autor para la correspondencia:** baguiarserrano@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Takotsubo es una enfermedad cardíaca aguda que se presenta con un cuadro clínico similar al de un síndrome coronario agudo y se caracteriza por alteraciones segmentarias de la contracción ventricular, con un árbol coronario normal o con lesiones coronarias no significativas que las expliquen.

Objetivo: Describir un caso con el síndrome de Takotsubo en paciente masculino diagnosticado en el Hospital General de Sampaka, Malabo, República de Guinea Ecuatorial.

Presentación del caso: Paciente masculino con antecedentes de hipertensión arterial esencial

diagnosticada, que llevaba tratamiento subóptimo irregular con nifedipino. Acude con dolor precordial típico y opresivo, sudoraciones profusas y frialdad distal. El electrocardiograma evidencia corrientes de lesión miocárdica en cara antero-apical y latero-apical con supradesnivel del segmento ST-T mayor de 2mm en las derivaciones precordiales de V2 y V4 a V6 con onda T negativa en DI y AVL. El ecocardiograma constata trastornos de contractilidad apical con discinecias secuenciales del ápex, apreciándose un remodelado apical con aspecto pseudobalonado. Por los antecedentes descritos y la evolución del paciente en 72 horas se sospechó la enfermedad a pesar de no contar en el medio con otros recursos diagnósticos para apoyar su planteamiento (angiografía coronaria). Se continúan sus revisiones reforzando los pilares de tratamiento (betabloqueantes, ARA II, estatinas, doble antiagregación plaquetaria, ARM, nitratos).

Conclusiones: El diagnóstico de Takotsubo constituye un desafío debido que su sintomatología es muy similar al síndrome coronario agudo y no se registran estadísticas concretas en la República de Guinea Ecuatorial posiblemente relacionada a la limitación de medios diagnósticos como la angiografía coronaria en centros de salud, de ahí la importancia del caso clínico presentado.

DeCS: SÍNDROME CORONARIO AGUDO; ELECTROCARDIOGRAFÍA; ANGIOGRAFÍA CORONARIA; NIFEDIPINO; CARDIOMIOPATÍA DE TAKOTSUBO/ diagnóstico.

ABSTRACT

Introduction: Takotsubo syndrome is an acute cardiac condition that presents with a clinical picture similar to that of an acute coronary syndrome and is characterized by segmental abnormalities of ventricular contraction, with a normal coronary tree or with non-significant coronary lesions that explain them.

Objective: To describe a case of Takotsubo syndrome in a male patient diagnosed at the Sampaka General Hospital, Malabo, Republic of Equatorial Guinea.

Case presentation: A male patient with a history of diagnosed essential hypertension who was receiving irregular and suboptimal nifedipine treatment presented with typical symptoms of chest pain, profuse sweating and cold extremities. The electrocardiogram revealed myocardial injury currents in the antero- and latero-apical walls, with ST-T segment elevation of more than 2 mm in precordial leads V2 to V6 and a negative T wave in leads I and aVL. An echocardiogram revealed abnormalities in apical contractility with sequential apical dyskinesias, showing remodelling of the apex with a pseudoballoon appearance. Based on the patient's history and the clinical course over 72 hours, this condition was suspected despite the lack of diagnostic resources available to confirm the diagnosis, such as coronary angiography. Reviews continue to reinforce the pillars of treatment (beta-blockers, ARBs, statins, dual antiplatelet therapy, MRA, and nitrates).

Conclusions: The diagnosis of Takotsubo is a challenge because its symptomatology is very similar to acute coronary syndrome and there are no concrete statistics recorded in the Republic of Equatorial Guinea, possibly related to the limitation of diagnostic means such as coronary angiography in health centers, hence the importance of the clinical case presented.

DeCS: ACUTE CORONARY SYNDROME; ELECTROCARDIOGRAPHY; CORONARY ANGIOGRAPHY; NIFEDIPINE; TAKOTSUBO CARDIOMYOPATHY/ diagnosis.

Recibido: 15/03/2026

Aprobado: 04/05/2026

Ronda: 1

INTRODUCCIÓN

El síndrome del corazón roto, también conocida como cardiomiopatía de Takotsubo, es una condición cardíaca temporal por lo general desencadenada por un evento de estrés físico o emocional.⁽¹⁾

Se caracteriza por síntomas similares a los de un ataque al corazón, como dolor en el pecho y dificultad para respirar, con disfunción sistólica transitoria del ventrículo izquierdo (VI).⁽²⁾

Se describió por primera vez en la década de los noventa en Japón y debe su nombre a la forma que adopta el corazón como una vasija japonesa, abombada y con el cuello estrecho, usada tradicionalmente para capturar pulpos, conocida como takotsubo.^(1, 2)

Los factores de riesgo de este síndrome, incluyen el estrés emocional o físico, como la muerte de un ser querido, accidentes, desastres naturales, etc.⁽³⁾ Por lo tanto, un enfoque multidisciplinario es esencial para ayudar a los pacientes a enfrentar no solo los aspectos físicos, sino también los emocionales de este desafío de salud.⁽⁴⁾

Aunque la fisiopatología no se comprende por completo, se cree que un aumento súbito en los niveles de catecolaminas, las hormonas liberadas en respuesta al estrés producen una disfunción transitoria del ventrículo izquierdo.⁽²⁾

La forma de presentación imita un infarto agudo de miocardio (IAM): Dolor torácico, disnea, cambios electrocardiográficos y elevación moderada de troponina y marcadores cardíacos y la recuperación completa de la función ventricular en semanas.^(2,5)

La identificación rápida es esencial, ya que, en la mayoría de los casos presenta un curso benigno con reversibilidad de los trastornos de motilidad cardíaca. Sin embargo, han sido descritas complicaciones tales como arritmias, insuficiencia cardíaca o rotura de pared miocárdica.⁽⁶⁾

Aunque se desconoce la incidencia precisa de la miocardiopatía de Takotsubo, los datos de las dos cohortes más grandes de pacientes sugieren una incidencia de alrededor de 15 a 30 casos por

100,000 por año en los Estados Unidos, con cifras estimadas similares en Europa.⁽⁷⁾ Específicamente del 0,3-2,3 % en Alemania y del 1,2% en España, según datos del registro nacional sobre la enfermedad.⁽⁸⁾

En los países de África Central no se han encontrado estudios que registren una estadística concreta de esta enfermedad, que de hecho es infrecuente y por demás en hombres con relación a las mujeres. Por la relevancia de la enfermedad el objetivo del estudio es describir un caso con el Síndrome de Takotsubo en un paciente masculino diagnosticado en el Hospital General de Sampaka, Malabo, República de Guinea Ecuatorial.

Presentación del caso

Paciente masculino de 56 años de edad que acude al Hospital General de Sampaka en la República de Guinea Ecuatorial, con antecedentes de hipertensión arterial esencial diagnosticada hace cinco años que llevaba tratamiento subóptimo e irregular con nifedipino de 20 mg dos veces al día. No refiere otros antecedentes patológicos personales. Tras una querella familiar aparece un dolor precordial típico y opresivo, sudoraciones profusas y frialdad distal. Acude a la consulta de Cardiología y por las características del cuadro clínico, se realiza su ingreso en urgencias del hospital.

Interrogatorio: Antecedentes de discusiones familiares, dolor precordial opresivo, sensación de adormecimiento de miembro superior izquierdo, sin otras especificidades

Datos positivos al examen físico:

Inspección: Palidez cutánea/mucosa, irritabilidad y ansiedad

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiovasculares arrítmicos de tono moderado, tiempo de llenado capilar menor de tres segundos. Soplo sistólico de intensidad variable en la punta y presencia de un tercer ruido.

Bioparámetros:

Tensión arterial: 140/95mmHg Frecuencia cardíaca: 105 lpm

Temperatura: 36,6 °C Frecuencia respiratoria: 22 Rpm SpO2: 95%

Exámenes analíticos:

Hemoglobina: 13,2g/l Glucemia: 112 mmol/l

Biomarcadores enzimáticos: no disponibilidad (troponinas, BNP, CK-MB, mioglobina)

Electrocardiograma: Corrientes de lesión miocárdica en cara antero-apical y latero-apical con supradesnivel del segmento ST-T mayor de dos mm en las derivaciones precordiales de V2, V4 a V6 y mostrando onda T negativa en DI, AVL (Figura 1).



Figura 1 Supradesnivel del segmento ST-T en derivaciones precordiales V2, V4 a V6 con T negativa en DI y AVL.
(Foto tomada por los autores)

Ecocardiograma: Se constatan trastornos de contractilidad apical con discinecias secuenciales del ápex, apreciándose un remodelado apical con aspecto pseudobalonado. La FEVI calculada por AL (área longitud) y método Simpson fue de 46%. Aparatos valvulares competentes excepto válvula mitral con insuficiencia ligera por doppler color con área de jet de regurgitación 1,2 cm². No se apreciaban trombos intracavitarios (Figura 2).

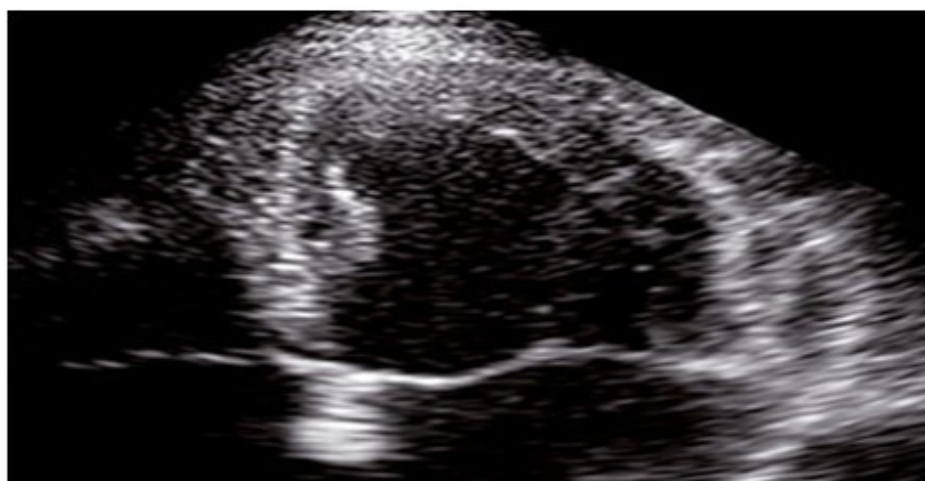


Figura 2 Pérdida de la configuración del ápex cordis
Mostrando durante su movimiento discinecias de segmentos
apicales en vista apical de cuatro cámaras.
(Foto tomada por los autores)

Debido al cuadro clínico se sospechaba estar en presencia de un síndrome coronario agudo por lo que se conversa con los familiares y se les alerta de los riesgos y posible evolución de la enfermedad, por lo que ameritaba su evacuación a centros donde se dispusiera de unidad de cuidados intensivos,

pero la familia no contaba con los recursos económicos para su ingreso. Se insiste en su traslado y decidieron llevarlo a casa.

Se realizaron las formalidades correspondientes entre ellas el consentimiento de alta a petición y se le colocan todos los pilares de tratamiento antiisquémicos con su reposo relativo y se insiste en retornar a la consulta para dar seguimiento estricto del paciente.

Se le solicita a los familiares el contacto telefónico para dar seguimiento ante el riesgo inminente de complicaciones y al tercer día lo retornan nuevamente a consulta donde se repite el electrocardiograma y el ecocardiograma.

En el primer electrocardiograma se constata una regresión de la corriente de lesión e inversión de la onda T de la mayoría de las derivaciones sin topografía secuencial específica (Figura 3).

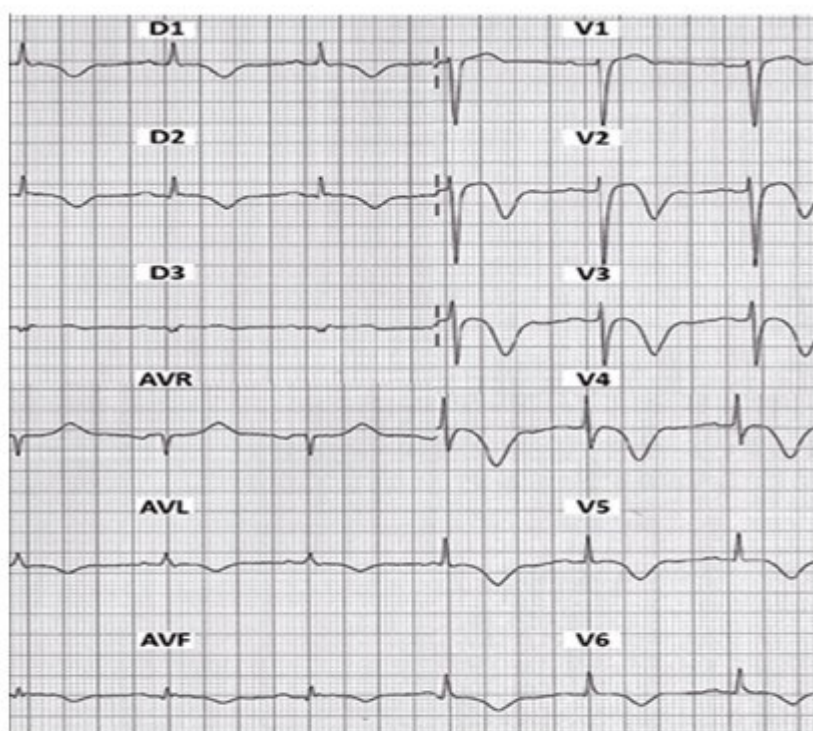


Figura 3 Inversión de la onda T en la mayoría de las derivaciones donde secuencialmente no existe una topografía específica de caras afectadas. (Foto tomada por los autores)

Al ecocardiograma se apreciaba un VI remodelado en el ápex con disminución sustancial del engrosamiento sistólico del ápex dando aspecto abalonado que recordaba el síndrome del corazón roto (Takosubo) (Figura 4).

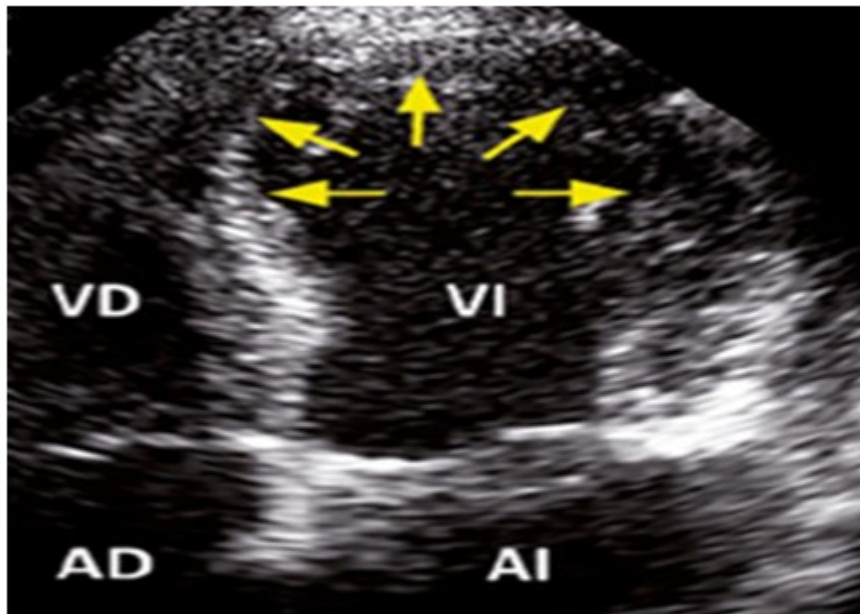


Figura 4 Modificación evidente del ápex cordis mostrando aquinesia de los segmentos apicales con pérdida del cierre de la punta.
(Foto tomada por los autores)

Por los antecedentes descritos y la evolución del paciente en 72 horas se sospechó la enfermedad a pesar de no contar en el medio con otros recursos diagnósticos para apoyar su planteamiento (angiografía coronaria). Se continúan sus revisiones reforzando los pilares de tratamiento (betabloqueantes, ARA II, estatinas, doble antiagregación plaquetaria, ARM, nitratos).

Las revisiones se programaron a los siete días, 15 días, al mes y luego trimestral, observando una mejoría evidente en su consulta del mes, constatándose por ecocardiograma un aumento del engrosamiento sistólico del ápex cardíaco y disminución del aspecto abalonado aumentando por consiguiente la FEVI (52 %) (Figura 5).

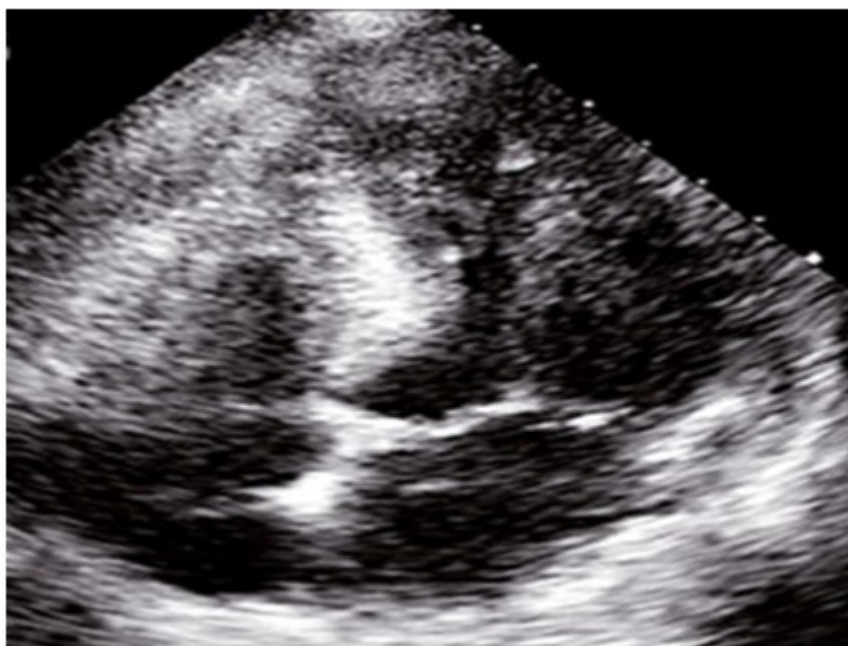


Figura 5 Regresión del patrón de aneurismático del ápex.
(Foto tomada por los autores)

Se decidió mantener el tratamiento durante los tres siguientes meses como está protocolizado en las guías. Al acudir a consulta pasado este periodo de tiempo se realiza la ecocardiografía evolutiva, constatándose una recuperación total de la contractilidad del ápex con los parámetros ecocardiográficos normales y regresión del aspecto descrito en ecocardiogramas anteriores.

El paciente continúa sus revisiones en las consultas programadas cada seis meses con disciplina y adherencia al tratamiento prescrito.

DISCUSIÓN

El Síndrome de Takotsubo, es una disfunción transitoria ventricular aguda que se caracteriza por anomalías en la cinética de las paredes ventriculares, no atribuible a la alteración de una única distribución vascular, acompañado de una elevación en los biomarcadores cardíacos y cambios electrocardiográficos en ausencia de enfermedad aterosclerótica, lo que lo hace un importante diagnóstico diferencial del IAM y de la angina de Prinzmetal.⁽⁹⁾

La angina de Prinzmetal es una enfermedad frecuente en hombres. Se caracteriza por la presencia de vasoespasmo coronario espontáneo que conlleva a una disminución del flujo sanguíneo miocárdico que se da en un segmento corto, desencadenado por factores estresores como fumar o consumir alcohol.⁽¹⁰⁾

En el Síndrome de Takotsubo (STT) la mayoría de los pacientes son mujeres postmenopáusicas, con una proporción mujer-hombre 9:1, sugiriendo el rol de la disminución de los niveles de estrógenos en la patogénesis.^(6,11) Se estima que en Estados Unidos se presentan cerca de 50 000-100 000 casos por año, con cifras similares en Europa.⁽¹⁰⁾

Alrededor del 1 % al 3 % de todos los pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo (SCA) que se someten a una angiografía coronaria son diagnosticados con STT, existiendo una prevalencia de género que oscila entre el 6 % a 9,8 % para las mujeres y menor al 0,5% para los hombres. Sin embargo, en la población asiática se ha encontrado una prevalencia mayor que alcanza el 13 % a 35 %.⁽¹¹⁾

En estudio realizado en Austria con un total de 179 pacientes, se encontró que 11 de ellos eran hombres con edades entre los 38-88 años. De igual manera, un estudio realizado en 11 países ratificó que la prevalencia de la enfermedad en hombres fue inversamente proporcional a la edad, siendo de 12,4 % en menores de 50 años y de 6,3 % en mayores de 75 años.⁽¹⁰⁾

Aunque existen varias hipótesis, la fisiopatología precisa del STT no se conoce. La teoría más aceptada se ha relacionado con la toxicidad directa de las catecolaminas en los cardiomiocitos, lo cual viene apoyado por la correlación que existe entre un evento estresante y la aparición de STT. El exceso de catecolaminas provoca un espasmo epicárdico multivaso que amplifica la carga de trabajo cardíaco, lo que resulta en un desajuste entre la oferta y la demanda y posteriormente, un esta-

do de miocardio postisquémico aturdido.⁽¹²⁾

Los pacientes masculinos jóvenes son más propensos a desarrollar complicaciones como choque cardiogénico y arritmias ventriculares. El pronóstico durante el ingreso es desfavorable, con mayor mortalidad, estancia en unidad de cuidados intensivos más prolongada y mayor posibilidad de deterioro hemodinámico grave.⁽¹³⁾

No existen guías sobre el manejo de la miocardiopatía de takotsubo ya que no hay datos prospectivos aleatorizados al respecto; por lo tanto, el manejo se basa en la experiencia clínica, criterios de imagen y el consenso de expertos.⁽¹⁴⁾ Es imprescindible descartar una enfermedad coronaria obstructiva como causa primaria.⁽¹⁵⁾

El hallazgo electrocardiográfico más común es la elevación del segmento ST en derivadas precordiales hasta en 40 % a 90 % de los pacientes, ya que genera un compromiso más apical predominando la manifestación de las lesiones en V5-V6. Sin embargo, en los hombres los cambios en el EKG suelen ser más tardíos, como la inversión de la onda T o la presencia de onda Q, aunque no se han encontrado diferencias significativas.^(10, 16,17)

La coronariografía es el estándar para descartar obstrucción coronaria significativa. El ecocardiograma transtorácico es crucial, demostrando la alteración motilidad regional característica (clásicamente acinesia apical con hipercontractilidad basal) y evaluando la función sistólica global (fracción de eyección reducida) y posibles complicaciones como obstrucción del tracto de salida. La resonancia magnética cardíaca muestra el edema miocárdico sin realce tardío de gadolinio (indicando ausencia de necrosis), lo que ayuda a diferenciarlo del IAM y la miocarditis.⁽¹⁸⁾

En relación al caso presentado se puede destacar el hallazgo de una serie de características clínicas descritas por autores,^(5,9-17) ya revisados en la literatura. A pesar de las limitaciones diagnósticas otras herramientas para plantear la enfermedad, que aunque no sean concluyentes, se define por concepto de lo ya estudiado y basados en evidencias, se está ante la presencia de un síndrome de Takotsubo por lo que a continuación se expondrán los argumentos para su planteamiento.

En primer lugar se trata de un paciente sin factores de riesgo asociado, cuyo detonante fue a partir de una querella familiar sostenida en el tiempo que provoco el inicio de los síntomas. Los estudios realizados por Briones et al.,⁽¹⁹⁾ Cruz et al.,⁽⁵⁾ y Velásquez et al.,⁽¹⁰⁾ plantean la no existencia de factores de riesgos y la asociación temporal con desencadenantes emocionales y físicos, en sus pacientes.

Las investigaciones de Salvador,⁽²⁰⁾ Barroso et al.,⁽²¹⁾ y Velásquez et al.,⁽¹⁰⁾ exponen que en los exámenes complementarios indicados se obtuvo electrocardiograma que mostró elevación del segmento ST en derivaciones anteriores (V2-V4), sin depresión del ST en derivaciones recíprocas. Resultados similares a los hallazgos encontrados en el caso.

Respecto al ecocardiograma se constató trastornos segmentarios y secuenciales de la motilidad

apical de ventrículo izquierdo. Así como, asimetría del ápex, al mostrar un ventrículo izquierdo con evidente cambio en la morfología hacia la porción apical recordando un aspecto de balón con afinamiento de las paredes. Se coincide con Uriarte et al.,⁽¹²⁾ y Ramos et al.,⁽¹⁶⁾ al referir un balonamiento apical del ventrículo izquierdo y discinesia de los segmentos apicales y septales medios.

En cuanto al tratamiento de este síndrome no hay un protocolo específico y se da cuidado de soporte primario. Se suele dar manejo de soporte para falla cardíaca con diuréticos y vasodilatadores, además algunos apoyan el uso de betabloqueadores para disminuir la carga catecolaminérgica. Se recomienda terapia de anticoagulación con aspirina y heparina en etapas agudas de la enfermedad o usar Warfarina si hay disfunción ventricular izquierda de forma permanente para dar protección tromboembólica.⁽¹⁸⁾

Se le administraron los pilares establecidos anteriormente mencionados y en su evolución luego de tres meses ya mostraba un corazón estructuralmente recuperado. Estas características clínicas a pesar de no disponer los exámenes concluyentes como la angiografía coronaria, la resonancia magnética cardíaca y estudios de viabilidad - perfusión miocárdica, se basó el diagnóstico en las características clínicas, electrocardiográficas, eco cardiográficas y evolución clínica que concluyó con la recuperación total del paciente caso muy similar a otros descritos en las revisiones.⁽¹⁸⁾

El caso clínico muestra en forma clara la evolución favorable de un paciente masculino con STT, cuadro aún no muy reconocido en Guinea Ecuatorial, que tuvo resolución espontánea completa, en concordancia con lo descrito en la literatura.

Es importante destacar que en la búsqueda de casos no se encontraron reportes de estos en Guinea Ecuatorial, por lo constituye una alerta a los profesionales locales sobre su oportuno diagnóstico y manejo.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de la miocardiopatía de Takotsubo constituye un desafío, debido a que sus hallazgos electrocardiográficos y de laboratorio presentan similitud con el síndrome coronario agudo. A pesar de la limitación de los medios diagnósticos, con una adecuada pericia médica, se pudo diagnosticar la enfermedad que, por sus características clínicas, un examen exhaustivo y su evolución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Mello da Cruz G, Maldaner Schmitt L. Síndrome del corazón roto o cardiomiopatía del Takotsubo. Una revisión narrativa. [Tesis]. Paraguay: Universidad de la Integración de las Américas; 2024 [citado 20 Ene 2026]. [Aprox. 15 p.]. Disponible en:

<https://www.unida.edu.py/v4/wp-content/uploads/2025/07/15-Sindrome-de-corazon-roto-o-Cardiomiopatia-de-Takotsubo.-Una-revision-narrativa.pdf>

2. Fernández Quintero DA, Machado Cueto MF, Coto Pardo WC, González Veliz A, Zorio Valdez B. Síndrome de Takotsubo. Informe de caso. XXXI Jornada Científica Estudiantil. [Internet]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2023 [citado 20 Ene 2026]. [Aprox. 16 p.]. Disponible en: <https://share.google/AhUrNlnIM7gVn11i5>
3. Velarde Varela AD, Tigrero Abarca LJ, Calderón Riccardi CC, Celi Gaona JC. Síndrome de Takotsubo: Estado del Arte en Diagnóstico y Manejo. BJIHS [Internet]. 2025 [citado 20 Ene 2026]. 7 (6:1153-1171): Disponible en: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/5976/5847>
4. Reillo Sánchez MC. Síndrome de Takotsubo. Rev Clínica [Internet]. 2024 [citado 20 Ene 2026]; 29 (e402): [Aprox. 3p.]. Disponible en: <https://revistas.uva.es/index.php/clinica/es/issue/view/402>
5. Cruz Sanabria JC, Jaramillo Cuenca MA, González Ruales JI, Núñez Chariguamán MA. Síndrome de Takotsubo – Corazón Roto en paciente masculino de 29 años: reporte de caso. Rev Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud “GESTAR” [Internet]. 2025 [citado 20 Ene 2026]; 8(16): [Aprox. 7p.]. Disponible en: <https://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/260>
6. Barrios L, Voboril GR, Casas C, Espiniza JC, Suarez JP. Miocardiopatía de Takotsubo con taponamiento cardíaco. [Internet]. Medicina (B. Aires) 2025 [citado 20 Ene 2026]; 85(3): 622-624. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802025000600622&lng=es.
7. Salvador Ibarra IJ; Pizaña Dávila A. Choque cardiogénico secundario a miocardiopatía por estrés: reporte de un caso y revisión de la literatura. Med Crit [Internet]. 2025 [citado 20 Ene 2026]; 39(2): 161-166. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=121729>
8. Vedia O, Vera R, Núñez-Gil I. Síndrome de tako-tsubo, creciendo en el siglo XX. REC CardioClinics [Internet]. 2019 [citado 20 Ene 2026]; 54(2): 75-80. Disponible en: <https://www.reccardioclinics.org/es-sindrome-tako-tsubo-creciendo-el-siglo-articulo-S2605153219300780>
9. Budnik M, Nowak R, Fijałkowski M, Kochanowski J, Nargiełło E, Piątkowski R, Peller M, Kucharz J, Jaguszewski M, Gruchała M, Opolski G. Sex-dependent differences in clinical characteristics and in-hospital outcomes in patients with takotsubo syndrome. Pol Arch Intern Med [Internet]. 2020 [citado 20 Ene 2026]; 130(1): 25-30. Disponible en: <https://pamw.pl/en/node/14970/pdf>
10. Velásquez Restrepo RS, Botero Franco MP, Henao Pérez M, López Medina DC. Miocardiopatía de Takotsubo en paciente masculino joven. Reporte de caso. Rev Fed Arg Cardiol. [Internet]. 2022 [citado 20 Ene 2026]; 51(3): 131-133. Disponible en:

<https://repository.ucc.edu.co/entities/publication/893c7b74-d6d6-4b41-a6a0-93b0025abe16>

11. Cardona Ortiz MJ, Libreros Montoya CA, Marulanda Lopez JE, Sánchez Cano FM. Cardiomiopatía de Takotsubo: corazón abalonado asociado a disfunción ventricular severa [Internet]. Arch Med (Manizales). 2022 [citado 20 Ene 2026]; 22(2):326-331. Disponible en:

<https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/4167/7427>

12. Uriarte Méndez A, González Vale N, Muñoz López L. Síndrome de tako-tsubo en una adolescente. Presentación de caso. Medisur [Internet]. 2023 [citado 20 Ene 2026]; 21(3): 718-728. Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5585>

13. Pérez Castellanos A, Martínez Sellés M, Mejía Rentería H, Andrés M, -Sionis A, Almendro Delia M, Martín García A, Cruz Aguilera M, Pereyra E, Linares Vicente J, García de la Villa B, Núñez Gil I. Síndrome de Takotsubo en varones: infrecuente, pero con mal pronóstico. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2018 [citado 20 Ene 2026]; 71(9): 703-708. Disponible en:

<https://www.revespcardiol.org/es-sindrome-de-tako-tsubo-en-varones-infrec-articulo-S030089321730516X>

14. Ochoa MA, Fernández Osorio AD, Ayola Ramirez C, Bustamante MX. Síndrome de Takotsubo: una mirada desde la psiquiatría, reporte de caso. Rev Colombiana Psiquiat [Internet]. 2025 [citado 20 Ene 2026]; 54(1): 150-154. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-sindrome-takotsubo-una-mirada-desde-S0034745022001317>

15. Yáñez Carrasco SC, Ruiz Solís AE, Sánchez Fernández JP, Endara Salguero PE. Síndrome de Takotsubo: Fisiopatología, manifestaciones clínicas y diagnóstico. J Am Health [Internet]. 2021 [citado 20 Ene 2026]; 4(1): 1-9. Disponible en:

<https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/57>

16. Ramos Busutil S, González Briceño BP, Torres Reyes LB, Hernández Sotolongo M, Aguiar Pérez JE, González Veliz A. Presentación de un caso de "Corazón roto". Rev Cuba Cardiol Cir Cardiovasc [Internet]. 2023 [citado 20 Ene 2026]; 29(3): e2208. Disponible en:

<https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/2208>

17. Pacios Dorado JL. Síndrome del corazón roto o cardiomiopatía del takotsubo: principales características clínico-epidemiológicas. Revista Científica Estudiantil de Cienfuegos Inmedsur [Internet]. 2025 [citado 20 Ene 2026]. 9(2026): e428. Disponible en:

<http://www.inmedsur.cfg.sld.cu/index.php/inmedsur/article/view/428/359>

18. Mora Aguirre D, Torres Mejías D, López Atehortua F, Serna Florez J, Vidal Osorio Vásquez EV. Enfermedad del corazón roto o síndrome de TakoTsubo. Médica UIS [Internet]. 2011 [citado 20 Ene 2026]; 24(1): 123-127. Disponible en:

<https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/2589/2911>

19. Briones Paliz DA, Ramos Franco KS, Loo Pluas AA, Coronel Picado CD, Quirola Macías MS.

Miocardopatía por Estrés (Takotsubo) en Paciente Politraumatizado: Desafíos Diagnósticos y Terapéuticos en la Unidad de Cuidados Intensivos. Arandu UTIC [Internet]. 2025 [citado 20 Ene 2026]; 12(2): 885–898. Disponible en: <https://doi.org/10.69639/arandu.v12i2.898>

20. Barroso Fontanals ME, Pacios Dorado JL, Ascanio Cruz KM, Mustelier Mustelier LC. Síndrome de Takotsubo en paciente joven tras doble desencadenante emocional: reporte de caso. EsTuSalud [Internet]. 2026 [citado 20 Ene 2026];8(2026): e467. Disponible en: <https://revestusalud.sld.cu/index.php/estusalud/article/view/467>.

21. Salvador J, Pizaña DA. Choque cardiogénico secundario a miocardopatía por estrés: reporte de un caso y revisión de la literatura. Med Crit [Internet]. 2025 [citado 20 Ene 2026]; 39(2):161-166. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35366/121729>

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no declaran conflicto de intereses.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Jorge Sardá Rojas (Conceptualización. Curación de datos. Análisis formal. Investigación. Metodología. Supervisión. Visualización. Redacción-borrador original. Redacción-revisión y edición).

Brian Carlos Aguiar Serrano (Conceptualización. Curación de datos. Análisis formal. Investigación. Metodología. Supervisión. Visualización. Redacción-borrador original. Redacción-revisión y edición).

Kenia Betancourt Gamboa (Conceptualización. Curación de datos. Análisis formal. Investigación. Metodología. Supervisión. Visualización. Redacción-borrador original. Redacción-revisión y edición).

Elier Carrera González (Conceptualización. Curación de datos. Análisis formal. Investigación. Metodología. Supervisión. Supervisión. Visualización. Redacción-borrador original. Redacción-revisión y edición).