

Estado de la publicación: El preprint ha sido publicado como artículo en una revista
DOI del artículo publicado: <http://www.inmedsur.cfg.sld.cu/index.php/inmedsur/article/view/428>

Síndrome del corazón roto o cardiomiopatía del takotsubo: principales características clínico-epidemiológicas

Juan Leonardo Pacios Dorado

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.12803>

Enviado en: 2025-07-27

Postado en: 2025-08-25 (versión 1)

(AAAA-MM-DD)

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Síndrome del corazón roto o cardiomiopatía del takotsubo: principales características clínico-epidemiológicas

Broken heart syndrome or takotsubo cardiomyopathy: main clinical and epidemiological characteristics

Juan Leonardo Pacios Dorado^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-1539-7904>

¹Universidad de Ciencias Médicas La Habana, Facultad “Calixto García”, La Habana, Cuba.

*Autor para correspondencia: jlpd2018@nauta.cu

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Financiación

No se recibió financiación para la presente investigación.

Contribución de Autoría

JLPD: Conceptualización, Metodología, Investigación, Recursos, Redacción - revisión y edición.

RESUMEN

Introducción: La cardiomiopatía de Takotsubo o síndrome del corazón roto es una condición aguda que imita un síndrome coronario agudo. Se caracteriza por

disfunción ventricular izquierda transitoria (con forma característica) sin obstrucción coronaria significativa, desencadenada frecuentemente por estrés intenso. Afecta principalmente a mujeres posmenopáusicas, presenta mortalidad intrahospitalaria comparable al infarto y riesgos de complicaciones graves o recurrencia, resaltando su severidad y la necesidad de mayor investigación.

Objetivo: describir las principales características clínico-epidemiológicas de esta enfermedad.

Métodos: se obtuvo la información científica a través de Scielo, Google académico, PubMed y BASE. Se introdujeron los descriptores síndrome del corazón roto, cardiomiopatía del takotsubo. Se seleccionaron 22 artículos en idiomas español, inglés y portugués.

Conclusiones: El síndrome de Takotsubo, que simula un infarto y conlleva riesgo de complicaciones graves, requiere alta sospecha clínica. Comprender sus características distintivas (desencadenado por estrés, predilección por mujeres posmenopáusicas, curso transitorio pero riesgoso) 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.

Palabras clave: cardiomiopatía de takotsubo, cardiomiopatía por estrés, diagnóstico, epidemiología

ABSTRACT

Introduction: Takotsubo cardiomyopathy, or broken heart syndrome, is an acute condition mimicking an acute coronary syndrome. It is characterized by transient left ventricular dysfunction (with a characteristic shape) without significant coronary obstruction, frequently triggered by intense stress. It primarily affects postmenopausal women, presents with in-hospital mortality comparable to myocardial infarction, and carries risks of serious complications or recurrence, highlighting its severity and the need for further research.

Objective: To describe the main clinical-epidemiological characteristics of this disease.

Methods: Scientific information was obtained through SciELO, Google Scholar, PubMed, and BASE. The descriptors "broken heart syndrome" and "takotsubo cardiomyopathy" were used. Twenty-two (22) articles in Spanish, English, and Portuguese were selected.

Conclusions: Takotsubo syndrome, which mimics a heart attack and carries a risk of serious complications, requires high clinical suspicion. Understanding its distinctive features (triggered by stress, predilection for postmenopausal women, transient but risky course) is crucial for appropriate management and avoiding errors. Differential diagnosis with acute coronary syndrome and early identification of triggers are essential in the context of increasing global stress.

Keywords: takotsubo cardiomyopathy, stress cardiomyopathy, diagnosis, epidemiology

INTRODUCCIÓN

La cardiomiopatía de Takotsubo (CTT), comúnmente conocida como síndrome del corazón roto, constituye una entidad clínica aguda que simula un síndrome coronario agudo (SCA), representando un desafío diagnóstico y terapéutico en la cardiología contemporánea. Debe su nombre a la característica deformación del ventrículo izquierdo, que adquiere una forma similar a las takotsubo (vasijas japonesas para atrapar pulpos), descrita por primera vez en Japón en 1990. Esta condición, desencadenada frecuentemente 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.^(1,2)

La CTT afecta predominantemente a mujeres posmenopáusicas (representando >90 % de los casos), aunque puede ocurrir en cualquier grupo etario. Su incidencia se estima entre el 1-2 % de los pacientes inicialmente diagnosticados con SCA, alcanzando hasta el 5-6 % en mujeres con sospecha de infarto. Si bien inicialmente se reportó con mayor frecuencia en poblaciones asiáticas (especialmente 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 4-5 %), destacando su gravedad potencial a pesar de la recuperación funcional habitual.^(3,4)

El cuadro clínico típico incluye dolor torácico agudo, disnea y cambios electrocardiográficos (elevación del ST o inversión de la onda T), acompañados de elevación de biomarcadores cardíacos (troponina, BNP). Los desencadenantes identificados abarcan desde estrés emocional (duelo, ansiedad, miedo) hasta estrés físico (infecciones graves, cirugía, exacerbación de enfermedad crónica).⁽⁵⁾

Pese a su naturaleza transitoria, la CTT conlleva riesgos significativos de complicaciones agudas (shock cardiogénico, arritmias ventriculares, tromboembolismo) y posibles recurrencias (2-5 % 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 caracterizarla integralmente.^(6,7)

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

MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica. La técnica principal de recolección de la información la constituyó la búsqueda online en las bases de datos Scielo, Google académico, PubMed y BASE, utilizando sus motores de búsqueda. Se utilizaron los descriptores: síndrome del corazón roto, cardiomiopatía del 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. Fueron utilizados métodos del nivel teórico como el de análisis-síntesis para la realización de la introducción y el desarrollo, y el de deducción-inducción para la estructuración de las conclusiones. Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos. Se respetaron las bases de los enunciados de materiales citados. No se declaran conflictos éticos.

DESARROLLO

La CTT, comúnmente conocida como "Síndrome del Corazón Roto", ha dejado de ser una curiosidad médica para convertirse en una entidad clínica reconocida con importantes implicaciones. Aunque inicialmente descrita en Japón en la década de 1990, su identificación global ha revelado una incidencia creciente, representando hasta un 2% de los síndromes coronarios agudos inicialmente sospechados, y planteando 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.⁽⁸⁾

Principales síntomas y signos de la enfermedad

La presentación clínica inicial del síndrome de takotsubo es frecuentemente aguda y dramática, simulando en gran medida un síndrome coronario agudo, en particular un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.⁽⁹⁾

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.⁽⁹⁾

Junto al dolor, la disnea o sensación de falta de aire es otro síntoma cardinal, presente en un porcentaje significativo de pacientes, pudiendo 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.⁽⁹⁾

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).^(9,10)

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. ^(10,11)

La auscultación cardíaca puede ser normal o evidenciar 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. ^(10,11)

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 potencialmente mortales. Cabe destacar que, aunque la disfunción es transitoria, las complicaciones agudas pueden ser graves y requieren manejo intensivo. ⁽¹²⁾

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 predominantemente con síncope (pérdida brusca de conciencia), palpitaciones por arritmias supraventriculares o ventriculares, o incluso como un paro cardíaco súbito recuperado. ⁽¹²⁾

La presencia de síntomas constitucionales como náuseas, vómitos o dolor epigástrico también puede ocurrir, añadiendo 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, generalmente dentro de días o semanas, aunque el seguimiento a largo plazo es crucial. ⁽¹²⁾

Formas graves de presentación

La CTT, aunque frecuentemente considerado 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 morbimortalidad y requieren un manejo intensivo. ⁽¹³⁾

Estas formas graves representan un desafío diagnóstico y terapéutico, desafiando 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 inicialmente parecían estables. ⁽¹³⁾

La identificación temprana de los factores de riesgo asociados a estas formas críticas, como el sexo masculino, la presencia de desencadenantes físicos (especialmente 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, es crucial para un manejo proactivo y la optimización de recursos. ^(13,14)

Entre las manifestaciones graves más temidas se encuentra el shock cardiogénico, que ocurre aproximadamente en el 8-10 % 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 (TOSVI) o la insuficiencia mitral aguda significativa. ^(13,14)

La presencia de TOSVI, observada en un porcentaje relevante de pacientes graves, genera un gradiente intraventricular que aumenta la poscarga, reduce aún más el volumen sistólico y eleva marcadamente las presiones de llenado. La insuficiencia cardíaca aguda congestiva con edema pulmonar es otra complicación frecuente, afectando a alrededor del 20 % de los pacientes, derivada de la disfunción ventricular y la elevación de las presiones de llenado. ⁽¹⁴⁾

Además, las arritmias ventriculares malignas, incluyendo taquicardia ventricular sostenida y fibrilación ventricular, aunque menos comunes que en el infarto agudo de miocardio, pueden ocurrir, particularmente en la fase hiperaguda, contribuyendo potencialmente 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 <30 %) y acinesia apical marcada, donde el estasis sanguíneo favorece la formación de trombos murales en el ápex ventricular. ⁽¹⁴⁾

La ruptura de la pared libre del ventrículo izquierdo, aunque extremadamente rara, es una complicación catastrófica con una mortalidad elevadísima, asociada generalmente a afectación extensa del miocardio y necrosis transmural. La obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TOSVI) ya mencionada, además de contribuir al shock, puede causar isquemia subendocárdica secundaria y prolongar la recuperación funcional. ⁽¹⁴⁾

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

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

A pesar de la gravedad inicial, es importante destacar que la disfunción ventricular izquierda en la CTT es generalmente 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. ⁽¹⁵⁾

Diagnóstico y tratamiento

Epidemiológicamente, exhibe un claro predominio en mujeres posmenopáusicas, constituyendo aproximadamente 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. ^(16,17)

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).^(16,17)

Clínicamente, la presentación es frecuentemente indistinguible 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, CK-MB) es habitual, aunque generalmente 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, raramente, ruptura de la pared ventricular.^(16,17)

El diagnóstico de la cardiomiopatía de takotsubo se basa fundamentalmente en criterios clínicos y de imagen, siendo esencial descartar una enfermedad coronaria obstructiva como causa primaria.^(16,17)

Los criterios diagnósticos de la Clínica Mayo modificados son ampliamente utilizados y requieren: 1) disfunción ventricular izquierda transitoria (hipocinesia, acinesia o discinesia) que frecuentemente excede el territorio de una sola arteria coronaria, típicamente con un patrón apical ("takotsubo" o globo apical) aunque existen variantes (medioventricular, basal, focal); 2) ausencia de enfermedad coronaria obstructiva o evidencia angiográfica de ruptura aguda de placa que explique la disfunción; 3) nuevos cambios electrocardiográficos (elevación o depresión del ST, inversión de la onda T, prolongación del QT) o elevación moderada de troponina cardíaca; y 4) exclusión de feocromocitoma o miocarditis.⁽¹⁸⁾

La coronariografía es el estándar de oro para descartar obstrucción coronaria significativa. El ecocardiograma transtorácico es crucial, demostrando la alteración motilidad regional característica (clásicamente acinesia apical con hipercontractilidad basal, dando la forma de "takotsubo" - trampa de pulpos japonesa) y evaluando 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, mostrando edema miocárdico sin realce tardío de gadolinio (indicando ausencia de necrosis), lo que ayuda a diferenciarlo del IAM y la miocarditis.⁽¹⁹⁾

El tratamiento de la cardiomiopatía de takotsubo es principalmente de soporte y sintomático, dado el carácter generalmente 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. ⁽¹⁹⁾

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 tempranamente para reducir la poscarga y favorecer la recuperación de la función ventricular, ajustando la dosis según la presión arterial. Los betabloqueantes pueden ser beneficiosos, particularmente 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 posiblemente prevenir recurrencias. ⁽²⁰⁾

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, pudiendo requerir soporte circulatorio mecánico transitorio en casos extremos. ⁽²⁰⁾

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 generalmente ocurre en semanas o meses. ⁽²⁰⁾

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 generalmente favorable, aunque la mortalidad aguda puede alcanzar el 4-5 %, similar a la del IAM, especialmente en pacientes mayores o con complicaciones graves, y algunos estudios sugieren un riesgo a largo plazo mayor que la población general. ⁽²⁰⁾

Prevención

La prevención del síndrome de Takotsubo se centra principalmente en la identificación y el manejo de los factores desencadenantes, particularmente 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 redes sociales de apoyo sólidas.⁽²¹⁾

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.⁽²¹⁾

Aunque la evidencia es limitada, algunos estudios sugieren un posible beneficio de la terapia con betabloqueantes o inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (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 cuidadosamente, considerando el perfil de riesgo-beneficio para cada paciente.⁽²²⁾

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 más investigación para establecer protocolos preventivos estandarizados basados en evidencia sólida.⁽²²⁾

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 posmenopáusicas y su curso típicamente transitorio pero no exento de riesgos, es fundamental para un manejo oportuno y adecuado, evitando errores diagnósticos y optimizando 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carvajal-Gavilanes JS, Sulca-Espín KG, Montenegro-Montenegro DA, Morocho-Quinchuela FB. Cardiomiopatía de Takotsubo: síndrome del corazón roto. *Vida y Salud* [Internet]. 2024 [citado 27 de julio de 2025];8(1):923-30. Disponible en: <https://fundacionkoinonia.com.ve/ojs/index.php/saludyvida/article/view/3848>
2. 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 27 de julio de 2025];29(3):e2208. Disponible en: <https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/2208>
3. Medina Alcivar FD, Calderón Rodríguez FJ, Rodríguez Castillo DM, Alvarez Saltos MD, Chávez Narváez SV. Cardiomiopatía de takotsubo (síndrome de Corazón roto) más cateterismo cardíaco en paciente femenina de 35 años. *Ciencia Latina* [Internet]. 2023 [citado 27 de julio de 2025];7(3):7928-36. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/6773>
4. Gómez-Álvarez U, Razo-Ortega DA, Álvarez-Sangabriel A, De La Fuente-Mancera JC, Guizar-Sánchez CA. Síndrome del corazón feliz, una variante rara de la miocardiopatía de takotsubo: a propósito de un caso. *ACM* [Internet]. 2024 [citado 27 de julio de 2025];94(2):12061. Disponible en: https://www.archivoscardiologia.com/frame_esp.php?id=662

5. Fajardo Guadarrama VM, Astudillo JMF, López MC. Síndrome del corazón roto en la nueva realidad pos-COVID-19. CES [Internet]. 2021 [citado 27 de julio de 2025];28(4). Disponible en: <https://cienciaergosum.uaemex.mx/article/view/17002>
6. Yagüe Pasamón R, Marín Abolafia L, Bretón Torrecilla S, Hernandis Cardós R, Parra Olivar D, Plumed Tejero M. Cuidados al paciente con síndrome de Tako-Tsubo: El síndrome del corazón roto. Caso clínico. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2021 [citado 27 de julio de 2025];2(11 (Noviembre)):420. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8210580>
7. Velarde Varela AD, Tigrero Abarca LJ, Calderón Riccardi CC, Celi Gaona JC. Síndrome de Takotsubo: Estado del Arte en Diagnóstico y Manejo. Braz J Implantol Health Sci [Internet]. 2025 [citado 27 de julio de 2025];7(6):1153-71. Disponible en: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/5976>
8. Cadrecha Sánchez N, Ramos Álvarez P, Mangonez Varón J, Muedra Jañez R, López Suárez Y, Barrio Alonso AI, Villán González A, Álvarez Muñiz I. Cuando el corazón roto no es solo un estado emocional: Síndrome de Takotsubo. . seram [Internet]. 2024 [citado 27 de julio de 2025];1(1). Disponible en: <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/10349>
9. Chacón PP. Síndrome de Takotsubo o miocardiopatía por estrés. A propósito de un caso. CS [Internet]. 2021 [citado 27 de julio de 2025];5(1):Pág. 80-87. Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/202>
10. Rodríguez Ripalda P, Ormaetxe Albeniz L, Oiartzabal Elorriaga U, Legorburu Toña M, Lecumberri Cortés I, Lasa Gurrutxaga M, Diaz Mediavilla I, Asensi Miranda JM. ¿Quién me va a curar el corazón partío?: Caracterización del síndrome de Takotsubo mediante RM . seram [Internet]. 2024 [citado 27 de julio de 2025];1(1). Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/10254>
11. Curós Bernet N, Fraga Fraga A, Moreno-Doutres D, Moser Ganduxer J, Domènech Turà C, Batrace L. Síndrome de takotsubo en paciente con

- miocardiopatía hipertrófica septal no obstructiva familiar. CorSalud [Internet]. 2022 [citado 27 de julio de 2025];14(1):109-11. Disponible en: <https://revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/831>
12. Sánchez EM, Martín AC, Fábrega VM. Síndrome de takotsubo. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria [Internet]. 2024 [citado 27 de julio de 2025];31(5):246-7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S113420722400063X>
 13. Terán Flores KE, Garcés KE. Actualización del Síndrome de tako-tsubo asociado con COVID-19. COCIRI [Internet]. 2023 [citado 27 de julio de 2025];4(1):635-62. Disponible en: <http://revistacodigocientifico.itslosandes.net/index.php/1/article/view/135>
 14. Carvajal Gavilanes JS, Sulca Espín KG, Montenegro Montenegro DA, Morocho Quinchuela FB. Actualización sobre el diagnóstico y tratamiento de cardiomiopatía de Takotsubo. Rev Inf Cient [Internet]. 2024 [citado 27 de julio de 2025];103(1 Sup):e4566. Disponible en: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/4566>
 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 de julio de 2025];1(2):85-94. Disponible en: <http://accionesmedicas.com/index.php/ram/article/view/25>
 16. Gonçalves ML de S, Nogueira RB de S de S, Nogueira TB de S de S. Fatores desencadeantes da síndrome do coração partido. REAC [Internet]. 2024 [citado 27 de julio de 2025];47:e13567. Disponible en: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/13567>
 17. Ochoa MA, Fernández Osorio AD, Ayola Ramirez C, Bustamante MX. Síndrome de Takotsubo: una mirada desde la psiquiatría, reporte de caso. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. 2022 [citado 27 de julio de 2025];S0034745022001317. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745022001317>
 18. Yáñez Carrasco S del C, Ruiz Solís AE, Sánchez Fernández JP, Endara Salguero PE. Síndrome de Takotsubo: Fisiopatología, manifestaciones clínicas y diagnóstico. jah [Internet]. 2021 [citado 27 de julio de 2025];4(1):1-9. Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/57>

19. Martinez A, Guardia C. Síndrome del miocardio aturdido: La información cruda anonimizada será enviado junto con el manuscrito. . Los autores declaran que no hubo financiamiento para la realización de este trabajo. .La información cruda anonimizada será enviado junto con el manuscrito. revcog [Internet]. 2021 [citado 27 de julio de 2025];18-26. Disponible en: <http://www.revcog.org/index.php/revcog/article/view/1782>
20. Toledo AJF de, Santos IM de P, Miarelli CP. Causas subjacentes da Síndrome do Coração Partido em homens adultos: uma revisão integrativa. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 2025 [citado 27 de julio de 2025];8(1):e77269. Disponible en: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/77269>
21. Brito Guadalupe WX, Ocampo Lapo AN, Yopez Alcivar NM, Llamuca Guaman MM. Síndrome de Tako-Tsubo en la Unidad de Cuidados Críticos: abordaje multidisciplinario en cardiología y medicina crítica. RECIAMUC [Internet]. 2024 [citado 27 de julio de 2025];8(3):282-91. Disponible en: <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1497>
22. Cardona Ortiz MJ, Libreros-Montoya CA, Marulanda-Lopez JE, Sanchez-Cano FM. Cardiomiopatía de Takotsubo: corazón abalonado asociado a disfunción ventricular severa (Reporte De Caso): Cardiomiopatía de Takotsubo: corazón abalonado asociado a disfunción ventricular severa (Reporte De Caso). archmed [Internet]. 2022 [citado 27 de julio de 2025];22(2). Disponible en: <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/4167>

Este preprint fue presentado bajo las siguientes condiciones:

- Los autores declaran que son conscientes de que son los únicos responsables del contenido del preprint y que el depósito en SciELO Preprints no significa ningún compromiso por parte de SciELO, excepto su preservación y difusión.
- Los autores declaran que se obtuvieron los términos necesarios del consentimiento libre e informado de los participantes o pacientes en la investigación y se describen en el manuscrito, cuando corresponde.
- Los autores declaran que la preparación del manuscrito siguió las normas éticas de comunicación científica.
- Los autores declaran que los datos, las aplicaciones y otros contenidos subyacentes al manuscrito están referenciados.
- El manuscrito depositado está en formato PDF.
- Los autores declaran que la investigación que dio origen al manuscrito siguió buenas prácticas éticas y que las aprobaciones necesarias de los comités de ética de investigación, cuando corresponda, se describen en el manuscrito.
- Los autores declaran que una vez que un manuscrito es postado en el servidor SciELO Preprints, sólo puede ser retirado mediante solicitud a la Secretaría Editorial deSciELO Preprints, que publicará un aviso de retracción en su lugar.
- Los autores aceptan que el manuscrito aprobado esté disponible bajo licencia [Creative Commons CC-BY](#).
- El autor que presenta el manuscrito declara que las contribuciones de todos los autores y la declaración de conflicto de intereses se incluyen explícitamente y en secciones específicas del manuscrito.
- Los autores declaran que el manuscrito no fue depositado y/o previamente puesto a disposición en otro servidor de preprints o publicado en una revista.
- Si el manuscrito está siendo evaluado o siendo preparando para su publicación pero aún no ha sido publicado por una revista, los autores declaran que han recibido autorización de la revista para hacer este depósito.
- El autor que envía el manuscrito declara que todos los autores del mismo están de acuerdo con el envío a SciELO Preprints.