



PRESENTACIÓN DE CASO

Síndrome de Takotsubo en paciente joven tras doble desencadenante emocional: reporte de caso

Takotsubo syndrome in a young patient following a dual emotional trigger: a case report

Miguel Enrique Barroso Fontanals¹   , Juan Leonardo Pacios Dorado²  , Karla María Ascanio Cruz³  , Luis Carlos Mustelier Mustelier⁴ 

¹Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Facultad N°2 de Medicina. Santiago de Cuba, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas La Habana. Facultad Calixto García. La Habana, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Facultad N°1 de Medicina. Santiago de Cuba, Cuba.

⁴Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Filial de Ciencias Médicas de Contramaestre. Santiago de Cuba, Cuba.

Citar como: 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 colocar fecha del acceso];8(2026):e467. Disponible en: <https://revestusalud.sld.cu/index.php/estusalud/article/view/467>.

Recibido: 22/09/2025

Aceptado: 03/12/2025

Publicado: 19/01/2026

Revisado por: Cynthia Reyes Flores  , José Alfredo Gallego Sánchez 

Editado por: Alejandro Román Rodríguez 

Traducido por: Jewel Mahase Runika

RESUMEN

Introducción: el síndrome de Takotsubo es una entidad clínica caracterizada por una disfunción ventricular transitoria que a menudo simula un síndrome coronario agudo en su presentación clínica y electrocardiográfica.

Objetivo: describir el abordaje diagnóstico y terapéutico en una

presentación atípica de un síndrome de Takotsubo.

Presentación del Caso: se reporta el caso de un paciente masculino de 24 años de edad, sin antecedentes patológicos personales ni familiares, que acude al cuerpo de guardia del Hospital Provincial Saturnino Lora tras experimentar un dolor torácico retroesternal intenso, de carácter

opresivo, irradiado a mandíbula y brazo izquierdo, asociado a diaforesis profusa y disnea. El mismo refiere que los síntomas comenzaron aproximadamente 12 horas después de recibir la noticia del fallecimiento de su abuela con quien tenía un vínculo muy estrecho y, de forma simultánea, atravesar la ruptura de su relación de pareja de un año.

Palabras clave: Aflicción; Cardiomiopatía de Takotsubo; Diagnóstico; Terapéutica

ABSTRACT

Introduction: Takotsubo syndrome is a clinical entity characterized by transient ventricular dysfunction that often mimics an acute coronary syndrome in its clinical and electrocardiographic presentation.

Objective: to describe the diagnostic-therapeutic approach of an atypical presentation of a Takotsubo syndrome.

Case Presentation: It reports the case of a 24-year-old male patient, with no significant personal or family medical history, who presented to the emergency department of the "Saturnino Lora" Provincial Hospital after experiencing intense retrosternal chest pain, of an oppressive nature,

Conclusions: el síndrome de Takotsubo debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de todo síndrome coronario agudo, independientemente de la edad y el sexo del paciente, especialmente cuando existe un claro factor estresante emocional o físico precedente.

radiating to the jaw and left arm, associated with profuse diaphoresis and dyspnea. The patient reported that the symptoms began approximately 12 hours after receiving the news of the death of his grandmother, with whom he had a very close bond, while simultaneously going through the breakup of his 1-year romantic relationship.

Conclusions: Takotsubo Syndrome should be considered in the differential diagnosis of every acute coronary syndrome, regardless of the patient's age and sex, especially when there is a clear preceding emotional or physical stressor.

Keywords: Bereavement; Takotsubo cardiomyopathy; Diagnosis; Therapeutics

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Takotsubo (STT), también conocido como miocardiopatía por estrés o "síndrome del corazón roto", es una entidad clínica caracterizada por una disfunción ventricular transitoria que a menudo simula un síndrome coronario agudo en su presentación clínica y electrocardiográfica. Su nombre, de origen japonés, significa "trampa para pulpos", haciendo alusión a la forma característica que adopta el ventrículo izquierdo durante la sístole (base contractiva y un ápice discinético y abombado). ⁽¹⁾

Desde su primera descripción en 1990 por médicos japoneses como Hikaru Sato, el STT ha dejado de ser considerada una curiosidad médica para convertirse en un síndrome reconocido y estudiado a nivel global. Inicialmente se reportó casi exclusivamente en mujeres posmenopáusicas, pero con el aumento en la sospecha



diagnóstica, ahora se identifica en una gama más amplia de pacientes, incluidos hombres y grupos etarios más jóvenes. ^(2,3)

Epidemiológicamente, se estima que el STT representa entre el 1 % y el 3 % de todos los casos sospechosos de síndrome coronario agudo. Aproximadamente el 90 % de los casos ocurren en mujeres, con una edad media de presentación entre los 58 y 75 años.

⁽³⁾ Su fisiopatología no está completamente dilucidada, pero se postula fuertemente una cascada de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) excesiva secundaria a un estrés físico o emocional agudo, lo que lleva a una disfunción microvascular y a un efecto citotóxico directo sobre los miocitos cardíacos. ⁽⁴⁾

En la actualidad, el tema es de gran relevancia clínica ya que su reconocimiento temprano es vital para diferenciarlo de un infarto agudo de miocardio (IAM). Esta diferenciación es necesaria debido a que, si bien el Takotsubo frecuentemente se presenta con dolor torácico agudo y alteraciones electrocardiográficas similares a las de un IAM, su fisiopatología (ausencia de obstrucción coronaria oclusiva y disfunción miocárdica transitoria) y, por ende, su manejo terapéutico, son radicalmente diferentes, pudiendo ser contraproducente la administración de trombolíticos o la realización de intervenciones coronarias invasivas innecesarias. Un diagnóstico correcto permite evitar estos tratamientos y manejar adecuadamente sus complicaciones potenciales, como la insuficiencia cardíaca aguda o las arritmias malignas. ⁽⁵⁾ Además, la creciente evidencia sugiere que los desencadenantes emocionales, cada vez más prevalentes en poblaciones jóvenes sometidas a altos niveles de estrés psicosocial, están jugando un papel más significativo. ^(1,5) Es por ello que se propone como objetivo describir el abordaje diagnóstico y terapéutico en una presentación atípica de un síndrome de Takotsubo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se reporta el caso de un paciente masculino de 24 años de edad, sin antecedentes patológicos personales ni familiares, que acude al cuerpo de guardia del Hospital Provincial "Saturnino Lora" tras experimentar un dolor torácico retroesternal intenso, de carácter opresivo, irradiado a mandíbula y brazo izquierdo, asociado a diaforesis profusa y disnea. El mismo refiere que los síntomas comenzaron aproximadamente 12 horas después de recibir la noticia del fallecimiento de su abuela con quien tenía un vínculo muy estrecho y, de forma simultánea, atravesar la ruptura de su relación de pareja de 1 año. Niega fiebre, trauma torácico reciente o consumo de sustancias psicoactivas.

En el examen físico se constata a la inspección fascie angustiada y comportamiento ansioso. En el examen físico cardiovascular se constata tensión arterial de 100/60 milímetros de mercurio y frecuencia cardíaca taquicárdica de 115 latidos por minuto; auscultación cardíaca con taquicardia regular, sin soplos agregados y auscultación pulmonar con crepitantes bibasales leves.

En los exámenes complementarios indicados se obtuvo electrocardiograma que mostró elevación del segmento ST en derivaciones anteriores (V2-V4) y ondas T invertidas difusas (altamente sugestivo de síndrome coronario agudo); en la analítica sanguínea se detectó reactantes de fase aguda (PCR) elevados de forma leve.

Es trasladado al Cardiocentro de Santiago de Cuba donde se le realiza ecocardiograma que reveló acinesia grave de los segmentos apicales y medio del ventrículo izquierdo con hipercontractilidad de la base, lo que configura el clásico patrón de balonamiento apical o Takotsubo, además de fracción de eyeccción del ventrículo izquierdo estimada en 35-40%. Tras la evaluación por el equipo médico y no tener evidencia de



enfermedad obstructiva o trombo, fue tratado entonces con un diagnóstico presuntivo de Síndrome de Takotsubo, desencadenado por estrés emocional agudo.

Fue indicado como terapéutica farmacológica Bisoprolol 2.5 miligramos/día para antagonizar los efectos de las catecolaminas y controlar la taquicardia, así como Enalapril 2.5 miligramos/día para disminuir la poscarga y promover el remodelado inverso del ventrículo izquierdo. Sumado a ello, se indicó Diazepam 2.5 mg para el manejo de la ansiedad aguda.

Además, como terapéutica no farmacológica fue derivado al servicio de Psiquiatría para aprender el manejo del duelo y la ansiedad mediante terapia de apoyo y técnicas de relajación. Conjunto a ello, se proporcionó educación al paciente y su familia sobre la naturaleza de la enfermedad, su pronóstico generalmente favorable y la importancia del control del estrés. Se recomendó seguimiento cardiológico y psicológico ambulatorio estrecho.

DISCUSIÓN

La relevancia del caso es la semejanza y necesidad de diferenciación con un IAM porque como fue expresado en la introducción: este frecuentemente se presenta con dolor torácico agudo y alteraciones electrocardiográficas similares a las de un IAM, pero su fisiopatología y, por ende, su manejo terapéutico, son radicalmente diferentes, y con el aumento en la sospecha diagnóstica, ahora se identifica en una gama más amplia de pacientes, incluidos hombres y grupos etarios más jóvenes. ^(3,5)

La fisiopatología del STT se atribuye a una tormenta de catecolaminas secundaria a un estrés físico o emocional extremo. El exceso de catecolaminas tiene un efecto tóxico directo sobre el miocardio, provocando disfunción microvascular, espasmo coronario y alteración de la contractilidad, lo que resulta en el característico balonamiento apical del ventrículo izquierdo con base hipercontráctil, confirmado en el ecocardiograma. ^(2,4) Este mecanismo explica la presentación del paciente: dolor torácico, cambios isquémicos en el electrocardiograma, y la marcada depresión de la fracción de eyeción.

El diagnóstico por lo general se sustenta en la tríada clásica: sintomatología similar a un síndrome coronario agudo, elevación enzimática leve-moderada y la evidencia ecocardiográfica o angiográfica de balonamiento apical en ausencia de enfermedad coronaria obstructiva. La presentación es uniforme en todas las series de casos a nivel mundial y en Cuba como es referido por estudios ^(6,7). El estrés emocional agudo, especialmente el duelo, constituye uno de los desencadenantes más reportados ⁽⁷⁾, coincidiendo plenamente con este caso.

El STT es de forma abrumadora más frecuente en mujeres posmenopáusicas (90 % de los casos). ⁽⁸⁾ Este caso, en un hombre joven de 24 años, representa una minoría de presentaciones. Sin embargo, en Cuba, aunque los reportes también muestran un predominio femenino, se documentan casos en hombres, frecuentemente asociados a desencadenantes emocionales igual de intensos, lo que hace que este caso, aunque menos común, no sea atípico en el contexto nacional. ⁽⁹⁾

La concurrencia de dos eventos estresantes mayores es un dato notable. Se enfatiza que la intensidad o multiplicidad del estrés son factores críticos, especialmente en grupos demográficos menos típicos como los hombres jóvenes. Esto refuerza el concepto de un umbral de estrés individual para desencadenar el síndrome. ⁽¹⁰⁾

El pronóstico excelente esperado para este paciente joven sin comorbilidades es una constante debido a que las complicaciones graves como el shock cardiogénico, las arritmias malignas o el tromboembolismo son más comunes en pacientes mayores con comorbilidades asociadas. ^(9,11) Además, el manejo integral, que combina la terapia



cardiológica con el apoyo psiquiátrico desde la fase aguda, es el estándar de oro moderno. (12,13) La mayoría de pacientes mejora con tratamiento en días o semanas, sin embargo, la experiencia deja huella porque lo emocional también se imprime en lo biológico.

CONCLUSIONES

El Síndrome de Takotsubo debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de todo síndrome coronario agudo, independientemente de la edad y el sexo del paciente, especialmente cuando existe un claro factor estresante emocional o físico precedente. Además, se enfatiza la necesidad de un enfoque holístico que combine la intervención aguda con un robusto soporte psicosocial desde el inicio y durante el seguimiento, para asegurar una recuperación física y emocional completa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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 20 de septiembre de 2025];7(3):7928-36. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/6773>
2. 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 20 de septiembre de 2025];1(2):85-94. Disponible en: <http://accionesmedicas.com/index.php/ram/article/view/25>
3. Chacón PP. Síndrome de Takotsubo o miocardiopatía por estrés. A propósito de un caso. CS [Internet]. 2021 [citado 20 de septiembre de 2025];5(1):80-87. Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/202>
4. 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 20 de septiembre de 2025];4(1):1-9. Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/57>
5. 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 20 de septiembre de 2025];1(1). Disponible en: <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/10349>
6. Yagüe Pasamón R, Marín Abolafia L, Bretón Torrecilla S, Hernandis Cardós R, Parra Olivar D, Plumé Tejero M. Cuidados al paciente con síndrome de Tako-Tsubo: El síndrome del corazón roto. Caso clínico. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2021 [citado 20 de septiembre de 2025];2(11):420. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8210580>



7. 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 de septiembre de 2025];29(3):e2208. Disponible en: <https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/2208>
8. Curós Bernet N, Fraga Fraga A, Moreno-Doutres D, Moser Ganduxer J, Domènec Turà C, Batrace L. Síndrome de takotsubo en paciente con miocardiopatía hipertrófica septal no obstructiva familiar. CorSalud [Internet]. 2022 [citado 20 de septiembre de 2025];14(1):109-11. Disponible en: <https://revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/831>
9. 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 20 de septiembre de 2025];103(1 Sup):e4566. Disponible en: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/4566>
10. 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 20 de septiembre de 2025];S0034745022001317. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745022001317>
11. Barroso Fontanals ME, Pacios Dorado JL, Sánchez Blanco LA. Crisis de salud mental: un problema médico vigente. HolCien [Internet]. 2024 [citado 20 de septiembre de 2025]; 5(2). Disponible en: <https://revholcien.sld.cu/index.php/holcien/article/view/382/196>
12. Faz Pujalte M, Richart Martínez M, Perpiñá Galván J. Análisis de la efectividad de la rehabilitación cardiaca en España: una revisión sistemática exploratoria. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [Internet] 2022 [citado 20 de septiembre de 2025]; 45(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272022000100011&Ing=en
13. Barroso Fontanals ME, Cisnero Rivero YD. Fibromialgia de causa psicógena en una embarazada. Presentación de caso. HolCien [Internet]. 2024 [citado 20 de septiembre de 2025]; 5(2). Disponible en: <https://revholcien.sld.cu/index.php/holcien/article/view/354>

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

MEBF: conceptualización e ideas; metodología; investigación; curación de datos; análisis formal; visualización; redacción borrador original; redacción, revisión y edición.

JLPD: conceptualización e ideas; metodología; investigación; curación de datos; visualización; redacción, revisión y edición.

KMPA: investigación; curación de datos; redacción, revisión y edición.



LCMM: investigación; curación de datos; redacción, revisión y edición.

Todos los autores estuvieron de acuerdo con la versión final del trabajo.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

No se recibió financiación externa.



Este artículo está bajo una licencia de [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](#). Los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de los autores.

