

las lesiones son extensas o la sintomatología es muy intensa se prefiere tratamiento quirúrgico⁸. En el caso de nuestra paciente, el tratamiento con amitriptilina y diversos fármacos neuromoduladores solamente redujo de forma parcial la sintomatología junto con la presencia de efectos adversos que limitaban la eficacia de los fármacos. Se realizó una infiltración perineural con corticoides y anestésico que redujo la sintomatología de forma transitoria, reagudizándose con cada nuevo período menstrual. La paciente inició posteriormente terapia hormonal a la espera de un tratamiento quirúrgico definitivo de descompresión de la endometriosis, pero durante este período quedó embarazada, permaneciendo completamente asintomática hasta la fecha.

Bibliografía

- Amarengo G, Lanoe Y, Perrigot M, Goudal H. A new canal syndrome: Compression of the pudendal nerve in Alcock's canal or perineal paralysis of cyclist. *Presse Med.* 1987;16:399 [Article in French].
- Ceccaroni M, Clarizia R, Alboni C, Ruffo G, Bruni F, Roviglione G, et al. Laparoscopic nerve-sparing transperitoneal approach for endometriosis infiltrating the pelvic wall and somatic nerves: Anatomical considerations and surgical technique. *Surg Radiol Anat.* 2010;32:601–4.
- Benson JT, Griffis K. Pudendal neuralgia, a severe pain syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:1663–8.
- Possover M, Schneider T, Henle KP. Laparoscopic therapy for endometriosis and vascular entrapment of sacral plexus. *Fertil Steril.* 2011;95:756–8.
- Nehme-Schuster H, Youssef C, Roy C, Brettes JP, Martin T, Pasquali JL, et al. Alcock's canal syndrome revealing endometriosis. *Lancet.* 2005;366:1238.
- Possover M, Chiantera V. Isolated infiltrative endometriosis of the sciatic nerve: A report of three patients. *Fertil Steril.* 2007;87:e17–9.
- Itza Santos F, Salinas J, Zarza D, Gómez Sancha F, Allona Almagro A. Update in pudendal nerve entrapment syndrome: An approach anatomic-surgical, diagnostic and therapeutic. *Actas Urol Esp.* 2010;34:500–9.
- Johnson NP, Hummelshoj L, World Endometriosis Society Montpellier Consortium. Consensus on current management of endometriosis. *Hum Reprod.* 2013;28:1552–68.

S. Maestre-Verdú^a, V. Medrano-Martínez^{a,*}, C. Pack^b, S. Fernández-Izquierdo^a, I. Francés-Pont^a, J. Mallada-Frechín^a y L. Piqueras-Rodríguez^a

^a Servicio de Neurología, Hospital General Universitario Virgen de la Salud de Elda, Elda, Alicante, España

^b Inscanner, Hospital General Universitario Virgen de la Salud de Elda, Elda, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vmedrano714k@cv.gva.es (V. Medrano-Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2015.05.005>
0213-4853/

© 2015 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>).

Migraña crónica: una denominación poco adecuada



'Chronic migraine' is a misnomer

Sr. Editor:

La migraña crónica es una enfermedad sobre la que se investiga desde múltiples perspectivas, a la vista de su frecuencia y del grado de incapacidad que genera a los enfermos que la padecen. Los criterios que la definen han ido perfilándose en sucesivas ediciones de la Clasificación Internacional de Cefaleas, hasta quedar precisados con nitidez en la tercera y más reciente (ICHD-3, beta)¹. Ello nos permite una selección bastante precisa de pacientes en estudios epidemiológicos, en ensayos clínicos y en el momento de individualizar terapias de aprobación también reciente, como la toxina botulínica tipo A.

Si bien hay acuerdo en definir el concepto, que resulta fácilmente comprensible para todos —cefalea durante un período mínimo de 3 meses, en los que está presente al menos 15 días al mes y la mitad o más de los episodios son de migraña—, en cambio, la denominación escogida nos parece poco adecuada. Si consultamos el término «crónico» en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española², vemos que hace referencia a un trastorno o enfermedad de larga evolución, habitual, inveterado. Si la consulta la

extendemos a diccionarios de lengua inglesa, porque estamos convencidos de que el término procede de esa lengua, en traducción directa de «*Chronic migraine*», el sentido es el mismo: trastorno o condición médica caracterizado por la larga duración; en esta lengua vemos aparecer un matiz ausente en español: la recurrencia³. De esta forma, crónico haría referencia a enfermedad que se mantiene en el tiempo y que es recurrente. Estas características definen bien a la migraña⁴. De manera que al decir crónica estamos utilizando un epíteto: no definimos o especificamos un nombre, sino que utilizamos un adjetivo que lo refuerza en su carácter.

Trastornos crónicos son también la artrosis, la diabetes mellitus o la hipertensión arterial, por citar 3 ejemplos. Por eso mismo, y hasta dónde sabemos, no suelen denominarse crónicos. Al hacerlo con la migraña, en realidad estamos utilizando una figura literaria del tipo de «blanca nieve» o «negro carbón».

Al adoptar este término, se ha desplazado a otros como migraña transformada, sin duda bastante imprecisos e inadecuados, aunque de uso común hasta la aparición de la ICHD-3. Estamos convencidos de que al escoger la denominación migraña crónica no se buscaban bellezas lingüísticas, sino insistir en la idea de persistencia en el tiempo, recurrencia y gravedad del trastorno. Esto se indica y cuantifica con los criterios que la definen. Este perfil temporal es un perfil de agudización en el seno de un trastorno crónico, que es lo que el nombre debería indicar en pura lógica.

Nos parecen más fieles a lo que se busca nombrar términos como reagudización, agravamiento o empeoramiento de migraña. Nos encontramos en un marco nosológico no muy distinto del de una crisis hipertensiva, una descompensación de diabetes o brotes artríticos dolorosos en artrosis, aunque estos puedan durar menos. Seguramente habrá otras muchas denominaciones que hagan justicia a una migraña que, siendo de por sí crónica, se agudiza y empeora.

Tenemos la certeza de que el nombre, consagrado, será muy difícil de modificar. Lamentablemente, no estamos ante un neologismo, que siempre puede terminar aceptándose de modo natural, más aún en el ámbito científico. Estamos consagrando un juego lingüístico, a nuestro modo de ver equivocado, que, al menos, conviene desenmascarar.

Bibliografía

1. *International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version)*. Cephalalgia. 2013;33:629–808.

2. Disponible en: <http://www.drae.com> [consultado 1 Jul 2014].
3. Disponible en: <http://www.thefreedictionary.com> [consultado 1 Jul 2014].
4. Green MW. Paroxysmal disorders: Primary and secondary headaches. En: Rowland LP, Pedley TA, editors. *Merrit's Neurology*, 95. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2010. p. 1–960.

L.C. Álvaro González

Servicio de Neurología, Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto y Departamento de Neurociencias, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibersitatea EHU/UPV, Bilbao, Vizcaya, España

Correo electrónico: luisarlosalvaro@yahoo.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2015.06.001>
0213-4853/

© 2014 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>).

En la trombólisis del ictus el «efecto 3 horas» es procrastinación



The «three-hour effect» constitutes procrastination in thrombolytic stroke treatment

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo de Iglesias Mohedano et al.¹ en el que estudian los factores que influyen en el retraso intrahospitalario del inicio de la trombólisis intravenosa en el ictus isquémico agudo en un hospital terciario. Advertimos con curiosidad que uno de los factores decisivos de la demora, en el estudio multivariable, es la magnitud del tiempo inicio-puerta, de forma que cuanto antes llega un paciente, más se tarda en llevar a cabo la trombólisis desde que la TAC está ya realizada. Las referencias que se proporcionan de este hecho, al que los autores se refieren como «efecto 3 horas», son de 2011 y 2012^{2,3}. El «efecto 3 horas» sería en realidad función de la ventana terapéutica, y debería llamarse ahora «efecto 4,5 horas», o «efecto 6 u 8 horas» para la revascularización endovascular.

Nosotros rescatamos en 2005 el término «procrastinación», aplazamiento innecesario e injustificado de una tarea, para denominar ese vicio tan humano de agotar los plazos⁴, que sucede, sea por pereza, lo que probablemente no es el caso, o por la complejidad y riesgos de las decisiones que hay que tomar, cosa que sin duda ocurre en la trombólisis; advertimos informalmente contra ella a nuestros neurólogos y la situación mejoró ostensiblemente, como pudimos mostrar meses después⁵. Parece, sin embargo, que en otros hospitales terciarios no llegaron a enterarse, y la práctica defectuosa ha continuado vigente y presente, de forma que el tiempo TAC-administración era

el que específicamente se prolongaba cuando el tiempo inicio-puerta era menor, al menos hasta la realización del trabajo publicado que comentamos¹, por lo que creemos conveniente insistir en que deben hacerse esfuerzos para contrarrestar las demoras innecesarias, que parecen persistir tras 20 años de trombólisis del ictus; aunque exista una «ventana terapéutica», cuanto antes, mejor.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Iglesias Mohedano AM, García Pastor A, García Arratibel A, Sobrino García P, Díaz Otero F, Romero Delgado F, et al. Identificación de los factores que influyen en el retraso intrahospitalario del inicio de trombólisis intravenosa en el ictus agudo en un hospital terciario. *Neurología*. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2014.12.004>.
2. Köhrmann M, Schellinger PD, Breuer L, Dohrn M, Kuramatsu JB, Blinzler C, et al. Avoiding in hospital delays and eliminating the three-hour effect in thrombolysis for stroke. *Int J Stroke*. 2011;6:493–7.
3. Mikulík R, Kadlecová P, Czlonkowska A, Kobayashi A, Brozman M, Svigelj V, et al. Factors influencing in-hospital delay in treatment with intravenous thrombolysis. *Stroke*. 2012;43:1578–83.
4. Maestre-Moreno JF, Fernández-Pérez MD, Arnáiz-Urrutia C, Mínguez A, Navarrete-Navarro P, Martínez-Bosch J. Trombólisis en el ictus: consideración inapropiada del «período de ventana» como tiempo disponible. *Rev Neurol*. 2005;40:274–8.
5. Maestre-Moreno JF, Arnáiz-Urrutia C, del Saz-Saucedo P, Fernández-Pérez MD, Vatz KA, Fera-Vilar I, et al. Impacto de las advertencias contra la procrastinación sobre las demoras en la trombólisis del ictus. *Rev Neurol*. 2007;44:643–6.