



Fig. 2. TAC de tórax con adenopatías hiliares bilaterales y subcarínicas.

funcionales relativamente conservadas, con la extensa afectación parenquimatosa. En la forma nodular se describe un patrón restrictivo que no cambia o incluso empeora a pesar del aclaramiento radiológico, sugiriéndose en ellos la persistencia de enfermedad activa o el desarrollo de fibrosis pulmonar residual⁵, como pudimos comprobar en la biopsia transbronquial. Este defecto restrictivo se ha confirmado en los nódulos menores de 2 cm encontrados en la TAC, si bien en los de mayor tamaño no existe un patrón definido⁶.

Los nódulos pulmonares grandes se consideran un estadio precoz de la enfermedad, reversible, al desaparecer de manera espontánea o con esteroides^{5,6}, tal como pudimos comprobar con el paciente aquí estudiado.

F. Paez Codeso, J.J. Martín Villasclaras y F. Miralles Lozano
Servicio de Neumología.
Hospital Carlos Haya. Málaga.

1. Rockoff SD, Rohatgi PK. Unusual manifestations of thoracic sarcoidosis. *Am J Rheum* 1985; 144: 513-528.
2. Badrinas F, Morera J, Fité E, Mañá J, Vidal R, Ruiz Manzano J et al. Sarcoidosis en Cataluña: análisis de 425 casos. *Med Clin (Barc)* 1989; 93: 81-87.
3. Nishimura K, Itoh H, Kitaichi M, Nagai S, Izumi T. CT and pathological correlation of pulmonary sarcoidosis. *Sem in Ultrasound, CT and MRI* 1995; 16: 361-370.
4. Reed JC. Radiología torácica. Patrones radiológicos y diagnóstico diferencial (2.^a ed.). Barcelona: Ediciones Doyma, 1988.
5. Onal E, Lopata M, Lourenco RV. Nodular pulmonary sarcoidosis. Clinical roentgenographic and physiologic course in five patients. *Chest* 1977; 72: 296-300.
6. Bergin CJ, Bell DY, Coblenz CL, Chiles C, Gamsu G, MacIntyre NR et al. Sarcoidosis: correlation of pulmonary parenchymal pattern at CT with results of pulmonary function test. *Radiology* 1989; 171: 619-624.

Hipoacusia y vértigo como efecto secundario al uso de sistema de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP nasal) en el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS)

Sr. Director: La aplicación de CPAP nasal es el tratamiento de elección en el SAOS. La tolerancia en general es buena y la eficacia también, sobre todo en los casos más severos. Las complicaciones menores habituales son irritación cutánea local, sequedad de mucosas nasal y faríngea, congestión nasal, rinorrea e irritación ocular entre otras¹. Se han descrito complicaciones mayores: epistaxis masiva², arritmia atrial³, meningitis bacteriana⁴, neumoencefalo⁵ y distensión gástrica, aspiración y riesgo, sobre todo en niños, de complicaciones otológicas.

Presentamos el caso de un paciente de 40 años, con historia de roncadur habitual, hipersomnolencia diurna de 6 años de evolución, en situaciones pasivas, incluso conduciendo. Apneas nocturnas, nicturia, cansancio matutino, sequedad de garganta. Pérdida de memoria, falta de concentración, sobrepeso (IMC 29 kg/m²). Edema de úvula con alguna frecuencia. Antecedentes: a los 20 años septoplastia. Diagnóstico de hipoacusia neurosensorial bilateral (audiometría, 28 de septiembre de 1981) en relación con detonación durante el Servicio Militar. En la exploración: orofaringe con hipertrofia de úvula y pilares faríngeos. Gasometría arterial: PaO₂ 75 mmHg; PaCO₂ 40 mmHg; pH 7,40; SatO₂ 95%, función pulmonar, ECG, analítica y radiografía de tórax normales. La polisomnografía nocturna completa del 2 de julio de 1996 detecta un SAOS de carácter moderado (IAH 20/h; SatO₂ mínima 80%). Según los hallazgos y la clínica se instaura tratamiento con CPAP nasal (presión 8 cmH₂O) el 9 de julio de 1996 con mejoría clínica importante (nocturna y diurna). A los 15 días presenta episodios de mareo, vértigo (con náuseas y vómitos) e hipoacusia derecha progresiva que el ORL atribuye a CPAP. Le realizan audiometría (el 16 de agosto de 1996): pérdida significativa en oído derecho en relación a la de 1981. Un escáner cerebral, del peñasco y de los senos paranasales (el 5 de agosto de 1996) se informa como: TAC de senos, desviación del tabique; TAC craneal, normal para su edad; TAC del peñasco: ocupación de celdillas mastoideas en probable relación con proceso inflamatorio; sin alteraciones en el oído medio e interno. Se retira CPAP y la audiometría a los 40 días es similar a la basal de 1981, sin clínica. Se aconseja pérdida de peso y valoración de cirugía faríngea.

Parece existir relación directa entre el uso de CPAP y la clínica del paciente, con recuperación en el estudio audiométrico y manteniéndose libre de síntomas otológicos 9 meses después de retirar CPAP, aunque se reproduce la clínica de SAOS. La presión

aplicada no parece excesiva ya que la tolerancia, adaptación y respuesta fueron muy buenas y precoces, con mejoría clínica y del patrón de sueño. El paciente tiene antecedentes de alteraciones otorrinofaríngeas, que probablemente hayan influido en el proceso, pero es evidente que la CPAP fue la desencadenante. Desconocemos si la hipoacusia unilateral podría estar en relación con anatomía de la zona, proceso inflamatorio o influencia postural durante la aplicación de CPAP.

En la bibliografía revisada, no hemos encontrado efectos secundarios en relación con barotrauma, al menos como más habituales. Sólo en las indicaciones de la ATS (American Thoracic Society) para uso de CPAP⁶, se hace referencia a posibilidad de complicaciones otológicas en niños, y Hoffstein¹ cita "dolor de oídos" referido por algún paciente en cuestionario al efecto, en posible relación con efecto mecánico por aumento de presión a ese nivel y congestión, que en los senos puede disminuir el drenaje y originar problemas en pacientes con anomalías preexistentes. Creemos de interés señalar este tipo de efecto secundario de la CPAP, poco habitual, si bien el paciente que nos ocupa, como ya se ha comentado, presentaba antecedentes de cierto grado de hipoacusia. El no poder utilizar CPAP obliga a insistir en otras alternativas de tratamiento, sobre todo en personas con SAOS más severos.

A. de Vega Gómez, M. Corrales Zaráuza y F. Payo Losa
Servicio de Fisiología Respiratoria.
Instituto Nacional de Silicosis.
Hospital Central de Asturias. Oviedo.

1. Hoffstein V, Viner S, Mateika S, Conway J. Treatment of obstructive sleep apnea with nasal continuous positive airway pressure. Patient compliance, perception of benefits and side effects. *Am Rev Respir Dis* 1992; 145: 841-845.
2. Strumpf DA, Harrop P, Dobbin J, Millman RP. Massive epistaxis from nasal CPAP therapy. *Chest* 1989; 95: 1.141-1.143.
3. Meurice JC, Mergy J, Rostykus C, Dore P, Paquerreau J, Patte F. Atrial arrhythmia as a complication of nasal CPAP. *Chest* 1992; 102: 640-642.
4. Bamford CR, Quan SF. Bacterial meningitis. A possible complication of nasal continuous positive airway pressure therapy in a patient with obstructive sleep apnea syndrome and a mucocoele. *Sleep* 1993; 16: 31-32.
5. Jarjour NN, Wilson P. Pneumocephalus associated with nasal continuous positive airway pressure in a patient with obstructive sleep apnea syndrome. *Chest* 1989; 96: 1.425-1.426.
6. American Thoracic Society. Indications and standards cardiopulmonary sleep studies. *Am Rev Respir Dis* 1989; 139: 559-568