

# BMJ Best Practice

## Costocondrite

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Fundamentos</b>	<b>4</b>
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	4
<b>Diagnóstico</b>	<b>6</b>
Caso clínico	6
Abordagem passo a passo do diagnóstico	6
Fatores de risco	7
Anamnese e exame físico	8
Exames diagnóstico	8
Diagnóstico diferencial	9
<b>Tratamento</b>	<b>12</b>
Abordagem passo a passo do tratamento	12
Visão geral do tratamento	12
Opções de tratamento	14
<b>Acompanhamento</b>	<b>17</b>
Recomendações	17
Complicações	17
Prognóstico	17
<b>Nível de evidência</b>	<b>20</b>
<b>Referências</b>	<b>21</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>24</b>

## Resumo

- ◇ Apresenta-se com início insidioso de dor na parede torácica anterior, exacerbada por certos movimentos do tórax e inspiração profunda.
- ◇ Um sinal característico é a dor à palpação das articulações costoverbrais (especialmente da segunda à quinta).
- ◇ Diagnóstico clínico.
- ◇ Testes usados para descartar condições com apresentação semelhante.
- ◇ Os medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) são a primeira linha de tratamento.

## Definição

A costocondrite é uma inflamação de  $\geq 1$  cartilagens costais. É uma doença autolimitada que tipicamente manifesta-se com início insidioso de dor e sensibilidade em torno da segunda à quinta articulação costocondral.

## Epidemiologia

A costocondrite é uma doença comum em pacientes que comparecem ao pronto-socorro com dor torácica.[4] [5] Até 30% dos pacientes que apresentam dor torácica são diagnosticados com costocondrite.[5] A costocondrite é mais comum em mulheres, em pessoas >40 anos de idade e nas de etnia hispânica.[4] [5] [1] [6] [7] [8]

## Etiologia

Geralmente idiopática.

Inflamatória:

- Microtraumas repetitivos, como uma história de tosse recente ou movimentos incomuns repetitivos dos membros superiores.[1]

Infecciosa:

- Pode ocorrer devido à extensão direta da infecção, como infecção pulmonar ou infecção da ferida de esternotomia ou disseminação hematogênica.[9] [10] [11]
- O risco de disseminação da infecção hematogênica é elevado em usuários de drogas intravenosas (IV) e em pessoas com diabetes.[12] [11]
- Os organismos infecciosos relatados incluem *Candida albicans*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, espécies de estreptococos e *Escherichia coli*. [13] [12] [10] [11]

## Fisiopatologia

A fisiopatologia não é clara, mas resulta em inflamação na cartilagem costal.[1]

A cartilagem tem um fornecimento de sangue relativamente pequeno, e o uso de antibióticos geralmente é ineficiente no tratamento da costocondrite infecciosa.[9]

## Classificação

### Classificação de síndromes dolorosas da parede torácica musculoesquelética[1] [2]

A. Dor na parede torácica de origem local:

1. Com origem nas costelas e suas articulações

- Costocondrite

- Síndrome de Tietze: edema localizado das cartilagens costais afetadas
- Espondiloartropatias soronegativas
- Trauma na costela
- Síndrome da costela deslizando
- Artrite costovertebral.

2. Com origem no esterno

- Artrite esternoclavicular
- Artrite manúbrio-esternal
- Síndrome xifoide dolorosa.

3. Com origem nas estruturas miofasciais

- Dor muscular traumática
- Síndrome da dor precordial
- Mialgia epidêmica.

4. Com origem na coluna torácica, medula espinhal e nervos espinhais.

B. Dor na parede torácica de origem remota:

- Fibromialgia (fibrosite)
- Psicogênica
- Dor irradiada da coluna cervical, dos ombros e do desfiladeiro torácico.

## Caso clínico

### Caso clínico #1

Uma mulher de 45 anos apresenta dor torácica constante que piora com o movimento e com a inspiração profunda. A dor iniciou gradualmente algumas semanas atrás e tem agravado nos últimos dias. Ela nega qualquer dispneia durante o esforço físico e sente-se bem na ausência de esforço. Ela apresenta sensibilidade na terceira e na quarta junções costoverbrais direitas. O restante do exame não apresenta nada digno de nota.

### Caso clínico #2

Um homem de 50 anos comparece ao pronto-socorro com agravamento na dor torácica do lado esquerdo há 2 dias. A dor é pior na inspiração profunda. Ele descreve dispneia decorrente da dor. Não há nada digno de nota em seu exame, exceto a sensibilidade à palpação na quarta e quinta articulações costoverbrais esquerdas.

### Outras apresentações

A dor torácica pode ser aguda e grave. A dor nas cartilagens costais inferiores pode mimetizar a doença intra-abdominal. Se recorrente, os pacientes podem comparecer repetidamente ao pronto-socorro.<sup>[3]</sup>

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico da costocondrite é clínico.

### História

Uma história de movimento repetitivo incomum nos membros superiores ou de tosse prolongada pode estar presente em uma costocondrite inflamatória. O paciente deve ser questionado sobre o uso recente de drogas intravenosas (IV) e sobre procedimentos cirúrgicos recentes, considerando-se a possibilidade de costocondrite infecciosa.

Dor geralmente gradual no início, de natureza constante e exacerbada pela inspiração profunda e pelo movimento que envolve a parede torácica são características sugestivas.

### Exame

O principal sinal é a reprodução da dor à palpação das articulações costoverbrais ou ao movimento que envolve a parede torácica. Sensibilidade também pode ocorrer na palpação dos músculos adjacentes, das costelas e da articulação esternoclavicular. Geralmente não há inchaço na parede torácica. Se houver inchaço na parede torácica em associação com a costocondrite, isso é conhecido como síndrome de Tietze.<sup>[8]</sup>

### Investigações

Se houver forte suspeita de costocondrite em decorrência da história e do exame, deve-se administrar aos pacientes uma tentativa terapêutica com medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)

orais ou uma injeção local de corticosteroide associado a anestésico nos locais afetados. Os AINEs orais, geralmente, são a escolha preferencial no contexto de atenção primária, enquanto a injeção local normalmente é administrada por um especialista (por exemplo, reumatologista). Uma resposta benéfica a esses tratamentos confirma o diagnóstico.

Uma falha na resposta à tentativa terapêutica com AINEs ou à injeção local, ou achados clínicos que coloquem o paciente em alto risco de um diagnóstico alternativo (por exemplo, história de febre, malignidade, história de trauma ou lesão, e inchaço e eritema localizado), são avisos para se proceder a investigações adicionais, conforme mostrado pelos possíveis diagnósticos diferenciais.

Se houver suspeita de uma causa infecciosa de costocondrite decorrente da história e dos fatores de risco, deve-se realizar testes adicionais com a ferida e/ou hemocultura, radiografia torácica e tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM). Um pequeno estudo em sujeitos com síndrome de Tietze revelou aumento, espessamento e sinais elevados nas sequências T2/STIR/FAT-SAT na cartilagem afetada, edema da medula óssea e captação de gadolínio aumentada em alguns casos.[14]

Os fatores de risco específicos incluem uso de medicamentos IV e características da história que possam indicar uma causa infecciosa, incluindo febre, inchaço de articulações ou comprometimento da articulação esternoclavicular. Nesse cenário, as hemoculturas são frequentemente positivas para espécies de *Staphylococcus*, especialmente nos usuários de medicamentos IV. Exames de imagem da costocondrite séptica não foram estudados de modo adequado em comparação com um grupo-controle, mas assim como em qualquer infecção óssea ou de articulação, achados típicos de uma TC ou ressonância nuclear magnética (RNM) incluem cartilagem expandida e edemaciada, edema ósseo e captação elevada de sinal e contraste. Entretanto, deve-se observar que, se um usuário de medicamento IV tiver uma apresentação benigna sem essas características clínicas, além de responder bem aos AINEs, não serão necessárias investigações futuras.

A cintilografia óssea com tecnécio não é um exame útil para o diagnóstico, já que não é específico para a costocondrite e pode ser positivo em pessoas sem a doença.[15]

## Fatores de risco

### Fortes

#### microtrauma

- Uma história de tosse recente ou de movimentos repetitivos incomuns dos membros superiores está associada comumente à costocondrite.[1]

### Fracos

#### sexo feminino

- Há evidências de baixa qualidade sugerindo que a costocondrite é mais comum em mulheres.[5]  
1[C]Evidence

#### etnia hispânica

- Há evidências de baixa qualidade sugerindo que a costocondrite é mais comum em pessoas de etnia hispânica.[5] 2[C]Evidence

**idade >40 anos**

- As evidências são escassas para este fator de risco.

**infecção na ferida de esternotomia**

- Infecções pós-operatórias na ferida de esternotomia podem causar costocondrite infecciosa.<sup>[9] [10]</sup>

**uso de drogas intravenosas**

- Disseminação hematogênica de organismos decorrente do uso de medicamentos IV pode causar costocondrite infecciosa.<sup>[13] [10] [11]</sup>

## Anamnese e exame físico

**Principais fatores de diagnóstico****presença de fatores de risco (comum)**

- Os fatores de risco incluem tosse prolongada recente ou movimento repetitivo incomum dos membros superiores, causando microtraumas.

**dor torácica (comum)**

- Tipicamente de início insidioso, piora com o movimento da parede torácica, em especial com a inspiração; geralmente unilateral.

**sensibilidade da parede torácica (comum)**

- Induzida por pressão leve sobre as articulações costocondrais. Também pode haver sensibilidade na articulação esternoclavicular, nos músculos adjacentes e nas costelas.

**Outros fatores de diagnóstico****edema da parede torácica (incomum)**

- Quando há inchaço em associação com costocondrite, isso é conhecido como síndrome de Tietze.<sup>[8]</sup>

## Exames diagnósticos

**Primeiros exames a serem solicitados**

Exame	Resultado
<b>ensaio com anti-inflamatório não esteroide (AINE)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode ser administrado quando há forte suspeita clínica.</li> </ul>	<b>alívio da dor</b>



## Exames a serem considerados

Exame	Resultado
<b>ensaio com anestésico local e corticosteroide</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode ser usado quando há forte suspeita clínica. Geralmente realizado por um especialista (por exemplo, reumatologista)</li> <li>• Uma resposta benéfica ao tratamento com uma injeção local de anestésico ajuda a dar suporte ao diagnóstico.</li> <li>• A falha na resposta ao tratamento é um aviso para se proceder as investigações adicionais (por exemplo, tomografia computadorizada [TC] do tórax) para considerar diagnósticos diferenciais.</li> </ul>	<b>alívio da dor</b>
<b>radiografia torácica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não é rotineiramente necessária se o diagnóstico da costocondrite for clinicamente claro. É mais útil para descartar outras etiologias como infecção ou uma massa.</li> </ul>	<b>normal ou aumento condral</b>
<b>tomografia computadorizada (TC) do tórax</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não é rotineiramente necessária, a menos que haja suspeita de infecção ou diagnóstico alternativo.[9]</li> </ul>	<b>normal ou aumento condral, cartilagem de baixa atenuação, associada a inchaço ou calcificação de tecido mole</b>
<b>ressonância nuclear magnética (RNM) do tórax</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não é rotineiramente necessária, mas pode ser usada como uma alternativa à TC.[14]</li> </ul>	<b>aumento, espessamento e sinais elevados nas sequências T2/STIR/FAT-SAT na cartilagem afetada; edema da medula óssea; captação de gadolínio aumentada</b>
<b>hemocultura e/ou cultura da ferida</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os organismos infecciosos relatados incluem <i>Candida albicans</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, <i>Staphylococcus aureus</i>, espécies de estreptococos e <i>Escherichia coli</i>. [13] [12] [10] [11]</li> </ul>	<b>crescimento positivo se a causa for infecciosa</b>

## Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Síndrome coronariana aguda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor torácica intensa associada à dispneia, náuseas e diaforese. A dor torácica pode ser intermitente e pode ser precipitada pelo esforço físico.</li> <li>• Os fatores de risco para doença cardiovascular (por exemplo, história familiar, hipertensão, hiperlipidemia, diabetes e tabagismo) geralmente estão presentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O eletrocardiograma (ECG) pode revelar supradesnivelamento do segmento ST, e as enzimas cardíacas podem estar elevadas.</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Pleurite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Associada à dispneia e falta de ar.</li> <li>• Murmúrio vesicular diminuído na auscultação e macicez na percussão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A radiografia torácica pode revelar derrame.</li> </ul>
<b>Embolia pulmonar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatores de risco para doença tromboembólica (por exemplo, história familiar, tabagismo, uso de pílula contraceptiva oral [PCO], imobilização prolongada ou trauma de membros).</li> <li>• Dispneia associada. Hemoptise pode estar presente. O exame físico pode revelar sinais de disfunção do ventrículo direito (por exemplo, veias do pescoço distendidas, sopro sistólico na borda esternal inferior, componente pulmonar alto de B2).[16]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dímero D elevado.</li> <li>• Angiotomografia que mostra coágulo arterial ou exame de perfusão/ventilação que mostra desequilíbrio.</li> </ul>
<b>Fratura de costela</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História de trauma e sensibilidade na costela.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fratura de costela visível na radiografia simples da costela.</li> </ul>
<b>Fratura esternal ou clavicular</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História de trauma, sensibilidade no esterno ou na clavícula.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fratura clavicular ou esternal visível em radiografia simples.</li> </ul>
<b>Pneumotórax</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História de início súbito de dispneia e dor torácica pleurítica.</li> <li>• Movimento diminuído da parede torácica, hiper-ressonância à percussão e murmúrios vesiculares diminuídos ou ausentes.[17]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A radiografia torácica mostra uma linha pleural visceral fina deslocada da parede torácica.[17]</li> </ul>
<b>Doença do refluxo gastroesofágico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sintomas de pirose e regurgitação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uma tentativa terapêutica com antiácido ou inibidores da bomba de prótons pode produzir melhora.</li> <li>• O monitoramento ambulatorial do pH por vinte e quatro horas pode revelar pH intraesofágico &lt;4 em mais de 4% das vezes.[18]</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Transtorno de pânico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ansiedade de início súbito, sensação de desmaio e palpitações.[19]</li> <li>Período recorrente e distinto de medo/desconforto intenso.[20]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico clínico que requer avaliação psiquiátrica formal.</li> </ul>
<b>Transtorno de ansiedade generalizada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>História de preocupação presente na maioria dos casos por &gt;6 meses.</li> <li>Pode haver uma história familiar de ansiedade.[21]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico clínico que requer avaliação psiquiátrica formal.</li> </ul>
<b>Depression</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de interesse em atividades e estado deprimido por &gt;2 meses, insônia, sentimentos de inutilidade, culpa excessiva, fadiga, baixa concentração e ideação suicida.[22]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico clínico que requer avaliação psiquiátrica formal.</li> </ul>
<b>Neoplasia subjacente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perda de peso, febre e mal-estar podem estar presentes. Pode haver inchaço local, e a dor pode persistir apesar do tratamento.[23] [24]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tomografia computadorizada (TC) torácica que mostra uma massa e/ou destruição dos ossos e articulações costocondrais.</li> </ul>
<b>Espondiloartropatias soronegativas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Associadas a quadros clínicos como psoríase, doença inflamatória intestinal ou doenças sexualmente transmissíveis.</li> <li>Início insidioso de lombalgia, pior pela manhã ou após repouso. A dor dura ≥30 minutos e melhora com a atividade.</li> <li>Sacroileíte pode se manifestar com dor bilateral ou unilateral nas nádegas que se irradia para a coxa.</li> <li>O exame físico pode revelar artrite inflamatória periférica, limitação do movimento da coluna lombar nos planos frontal e sagital, diminuição da expansão do tórax e uveíte anterior.[25]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Radiografia da articulação sacroilíaca que mostra erosões ósseas, esclerose e alargamento do espaço articular.</li> <li>Radiografia da coluna total que mostra erosões do corpo vertebral, quadratura de vértebras e sindesmófitos entre as vértebras.[25]</li> <li>Evidências radiográficas de artrite erosiva periférica, especialmente no caso de artrite psoriática.</li> <li>Avaliação específica da doença, como consulta com dermatologista para psoríase, avaliação gastroenterológica e colonoscopia e/ou endoscopia para doença inflamatória intestinal.</li> </ul>
<b>Fibromialgia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dor disseminada pelo corpo.</li> <li>Mais de 11 dos 18 pontos de sensibilidade definidos são sensíveis à palpação.[26]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico clínico.</li> </ul>

## Abordagem passo a passo do tratamento

O principal objetivo do tratamento é o alívio da dor na costocondrite inflamatória, e o desbridamento cirúrgico é a base do tratamento para a costocondrite infecciosa.

### Doença inflamatória

O tratamento inicial para todos os pacientes é a administração de um anti-inflamatório não esteroidal (AINE) oral por 10 a 14 dias. Em pacientes com alto risco de complicações gastrointestinais (por exemplo, história de sangramento gastrointestinal, idade >60 anos e uso concomitante de corticosteroides ou anticoagulantes), devem-se considerar medidas preventivas como o uso profilático de um inibidor da bomba de prótons (IBP) durante o mesmo período.<sup>[27] [28]</sup>

Uma injeção de corticosteroide com anestésico local nas articulações costocondrais afetadas deve ser administrada em pacientes não responsivos ou intolerantes aos AINEs. Geralmente, isso é realizado por um especialista (por exemplo, reumatologista)

Um estudo retrospectivo mostrou que as injeções de corticosteroides e a sulfassalazina poderiam ser úteis no tratamento de costocondrite.<sup>[3]</sup> Entretanto, o estudo foi limitado em decorrência do pequeno número de sujeitos, do projeto ser retrospectivo e da falta de um grupo-controle. Além disso, os sujeitos tratados com sulfassalazina estavam recebendo injeções de corticosteroides que limitavam a avaliação da real eficácia da sulfassalazina.

Se a dor persistir, o diagnóstico deverá ser reavaliado, e será aconselhável o encaminhamento a um reumatologista.

### Infecciosa

Geralmente, tratamento com apenas antibióticos não é eficaz em decorrência do fornecimento precário de sangue à cartilagem, e o tratamento de primeira escolha é o desbridamento e/ou drenagem cirúrgica (quando existe lesão coletada e esta é acessível à aspiração).<sup>[13] [12] [9] [10]</sup> Isso deve ser realizado com cobertura apropriada de antibióticos e cuidados da ferida. Os dados sugerem que a drenagem precoce com antibióticos intravenosos para a costocondrite bacteriana em usuários de drogas intravenosas (IV) pode ser adequada sem a necessidade de desbridamento cirúrgico, em oposição à costocondrite bacteriana complicada por cirurgia torácica, a qual geralmente exige desbridamento.<sup>[29]</sup> Apesar da data de publicação do estudo, este ainda é o caso.

## Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

### Agudo

( resumo )

#### inflamatória

**1a**      **anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)**  
**adjunto**      **inibidor da bomba de prótons**

<b>Agudo</b>		<b>( resumo )</b>
	<b>2a</b>	<b>injeção intra-articular de corticosteroide com anestésico local</b>
<b>infecciosa</b>		
	<b>1a</b>	<b>drenagem e/ou desbridamento cirúrgico</b>
	<b>mais</b>	<b>antibióticos</b>

## Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

### Agudo

#### inflamatória

#### 1a anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)

##### Opções primárias

» **diclofenaco potássico**: 50 mg por via oral (liberação imediata) três vezes ao dia quando necessário

##### OU

» **ibuprofeno**: 400-800 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

##### OU

» **naproxeno**: 250-500 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário, máximo de 1250 mg/dia

##### OU

» **meloxicam**: 7.5 a 15 mg por via oral uma vez ao dia quando necessário

##### OU

» **celecoxibe**: 100-200 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário

» Os AINEs fornecem controle da dor e inibem o componente inflamatório teórico na costocondrite.

» Em pacientes com alto risco de complicações gastrointestinais (por exemplo, história de sangramento gastrointestinal, idade >60 anos e uso concomitante de corticosteroides ou anticoagulantes), devem-se adicionar medidas preventivas como o uso profilático de um inibidor da bomba de prótons (IBP).<sup>[27] [28]</sup>

» Inibidores da ciclo-oxigenase-2 (COX-2, por exemplo, celecoxibe) podem ser mais seguros que AINEs tradicionais em pacientes com história de sangramento gastrointestinal ou comorbidades clínicas.<sup>[30] [31]</sup> Na opinião do autor, não haverá necessidade de profilaxia

## Agudo

com um IBP se o paciente tomar um inibidor da COX-2, a menos que o paciente também esteja tomando aspirina para proteção cardiovascular. Nessa situação, o autor sugere que é preferível usar um AINE com profilaxia com IBP.

» Geralmente, o tratamento dura de 10 a 14 dias.

### adjunto inibidor da bomba de prótons

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **omeprazol**: 20 mg por via oral uma vez ao dia

**OU**

» **esomeprazol**: 40 mg por via oral uma vez ao dia

**OU**

» **rabeprazol**: 20 mg por via oral uma vez ao dia

**OU**

» **pantoprazol**: 40 mg por via oral uma vez ao dia

**OU**

» **lansoprazol**: 30 mg por via oral uma vez ao dia

» Em pacientes com alto risco de complicações gastrointestinais decorrentes dos AINEs (por exemplo, história de sangramento gastrointestinal, idade >60 anos e uso concomitante de corticosteroides ou anticoagulantes), devem-se adicionar medidas preventivas como IBP.<sup>[27] [28]</sup> Na opinião do autor, não haverá necessidade de profilaxia com um IBP se o paciente tomar um inibidor da COX-2, a menos que o paciente também esteja tomando aspirina para proteção cardiovascular. Nessa situação, o autor sugere que é preferível usar um AINE com profilaxia com IBP.

### 2a injeção intra-articular de corticosteroide com anestésico local

#### Opções primárias

## Agudo

» **acetato de metilprednisolona**: 10-20 mg por via intra-articular em dose única, encaminhar ao especialista para obter orientação quanto à dose  
-e-

**OU**

» **lidocaína**: (solução a 1%) 1 ml por via intra-articular em dose única

» Em pacientes não responsivos ou intolerantes aos AINEs, uma injeção local de corticosteroide com anestésico (por exemplo, lidocaína a 1%) age como um agente anti-inflamatório potente e pode fornecer alívio da dor.

» As complicações locais potenciais incluem infecção, sangramento autolimitado e, raramente, pneumotórax.

» Geralmente realizado por especialistas (por exemplo, reumatologista).

## infecciosa

### 1a **drenagem e/ou desbridamento cirúrgico**

» É recomendável a drenagem e/ou desbridamento cirúrgico com cobertura apropriada de antibióticos e cuidados da ferida.<sup>[10]</sup> Os dados sugerem que a drenagem precoce com antibióticos intravenosos (IV) para a costocondrite bacteriana em usuários de medicamentos IV pode ser adequada sem a necessidade de desbridamento cirúrgico, em oposição à costocondrite bacteriana complicada por cirurgia torácica, a qual geralmente exige desbridamento.<sup>[29]</sup>

### mais **antibióticos**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A cobertura apropriada depende do cenário clínico exato, das sensibilidades bacterianas locais e dos resultados das culturas. É aconselhável uma consulta com o serviço de microbiologia local.



## Recomendações

### Monitoramento

Nenhum monitoramento específico é necessário. Se o paciente não responder ao tratamento em um período de 3 a 4 semanas, será necessário um acompanhamento para reconsideração do diagnóstico e consideração de uma investigação futura.

### Instruções ao paciente

Uma vez feito o diagnóstico, é importante reafirmar ao paciente que esta é uma doença autolimitada que apresenta resolução espontânea ao longo de algumas semanas.

## Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>sangramento gastrointestinal relacionado ao anti-inflamatório não esteroidal (AINE)</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
<p>Inibidores da bomba de prótons podem ser administrados em pacientes com risco de sangramento gastrointestinal.</p> <p>Inibidores da ciclo-oxigenase-2 (COX-2) podem ser mais seguros que AINEs tradicionais em pacientes com história de sangramento gastrointestinal ou comorbidades clínicas.<a href="#">[30]</a> <a href="#">[31]</a></p>		
<b>alterações degenerativas pós-cirúrgicas nas articulações</b>	<b>longo prazo</b>	<b>baixa</b>
<p>A costocondrite séptica pós-cirúrgica pode apresentar um prognóstico relativamente pior. A dor residual que surge de alterações degenerativas secundárias pode ocorrer em alguns casos.</p>		

## Prognóstico

O prognóstico da costocondrite idiopática é excelente, e a maioria dos pacientes responde ao tratamento. A doença pode apresentar recidiva, com duração de algumas semanas até 1 ano ou mais. Por fim, os sintomas apresentam resolução espontânea sem sequelas.

Os pacientes que apresentam episódios recorrentes necessitam de um ciclo repetido de tratamento e de encaminhamento a um reumatologista a fim de descartar uma potencial doença reumática subjacente.

Para a costocondrite relacionada à infecção bacteriana, o prognóstico em usuários de medicamentos intravenosos (IV) geralmente é bom mediante tratamento apropriado. A costocondrite séptica pós-cirúrgica pode apresentar um prognóstico relativamente pior e algumas vezes exige desbridamento cirúrgico. A dor residual que surge de alterações degenerativas secundárias pode ocorrer em alguns casos.





## Nível de evidência

1. Prevalência no sexo feminino: há evidências de baixa qualidade de que a costocondrite é mais comum em mulheres; entretanto, com base nas evidências disponíveis, é difícil generalizar esses resultados devido ao tamanho relativamente pequeno da amostra, ao fato de o estudo não ser de base populacional e a possível viés de seleção.[\[5\]](#)

**Nível de evidência C:** Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

2. Prevalência em pessoas de etnia hispânica: há evidências de baixa qualidade de que a costocondrite é mais comum em pessoas de origem hispânica; entretanto, com base nas evidências disponíveis, é difícil generalizar esses resultados devido ao tamanho relativamente pequeno da amostra, ao fato de o estudo não ter sido de base populacional e a possível viés de seleção.[\[5\]](#)

**Nível de evidência C:** Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

## Artigos principais

- Disla E, Rhim HR, Reddy A, et al. Costochondritis. A prospective analysis in an emergency department setting. Arch Intern Med. 1994 Nov 14;154(21):2466-9. [Resumo](#)

## Referências

- Fam AG, Smythe HA. Musculoskeletal chest wall pain. CMAJ. 1985 Sep 1;133(5):379-89. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Stochkendahl MJ, Christensen HW. Chest pain in focal musculoskeletal disorders. Med Clin North Am. 2010 Mar;94(2):259-273. [Resumo](#)
- Freeston J, Karim Z, Lindsay K, et al. Can early diagnosis and management of costochondritis reduce acute chest pain admissions. J Rheumatol. 2004 Nov;3(11):2269-71. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Epstein SE, Gerber LH, Borer JS. Chest wall syndrome. A common cause of unexplained cardiac pain. JAMA. 1979 Jun 29;241(26):2793-7. [Resumo](#)
- Disla E, Rhim HR, Reddy A, et al. Costochondritis. A prospective analysis in an emergency department setting. Arch Intern Med. 1994 Nov 14;154(21):2466-9. [Resumo](#)
- Wolfe E, Stern S. Costosternal syndrome: its frequency and importance in differential diagnosis of coronary heart disease. Arch Intern Med. 1976 Feb;136(2):189-91. [Resumo](#)
- Calabro JJ. Costochondritis. N Engl J Med. 1977 Apr 21;296(16):946-7. [Resumo](#)
- Calabro JJ, Jeghers H, Miller KA et al. Classification of anterior chest wall syndromes. JAMA. 1980 Apr 11;243(14):1420-1. [Resumo](#)
- Ontell FK, Moore EH, Shepard JO, et al. The costal cartilages in health and disease. Radiographics. 1997 May-Jun;17(3):571-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Moses MA, Banwell PE, Murphy JV, et al. Infective costochondritis following breast reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2004 Oct;114(5):1356-7. [Resumo](#)
- Gotway MB, Marder SR, Hanks DK, et al. Thoracic complications of illicit drug use: an organ system approach. Radiographics. 2002 Oct;22 Spec No:S119-35. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Alvarez F, Chocarro A, Garcia I, et al. Primary costochondritis due to Escherichia coli. Scand J Infect Dis. 2000;32(4):430-1. [Resumo](#)
- Heckenkamp J, Helling HJ, Rehm KE. Post-traumatic costochondritis caused by candida albicans. Aetiology, diagnosis and treatment. Scand Cardiovascular J. 1997;31(3):165-7. [Resumo](#)

14. Volterrani L, Mazzei MA, Giordano N, et al. Magnetic resonance imaging in Tietze's syndrome. Clin Exp Rheumatol. 2008 Sep-Oct;26(5):848-53. [Resumo](#)
15. Mendelson G, Mendelson H, Horowitz SF, et al. Can 99<sup>M</sup> Technetium Methylene Diphosphonate bone scans objectively document costochondritis? Chest. 1997 Jun;111(6):1600-2. [Resumo](#)
16. Goldhaber SZ. Pulmonary embolism. N Engl J Med. 1998 Apr 17;339(9417):93-104. [Resumo](#)
17. Sahn SA, Heffner JE. Spontaneous pneumothorax. N Engl J Med. 2000 Mar 23;342(12):868-74. [Resumo](#)
18. Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. Am J Gastroenterol. 2013 Mar;108(3):308-28. [Resumo](#)
19. Bass C, Mayou R. Clinical Review. ABC of psychological medicine: chest pain. BMJ. 2002 Sep 14;325(7364):588-91. [Texto completo](#) [Resumo](#)
20. Katon JW. Clinical practice: panic disorder. N Engl J Med. 2006 Jun 1;354(22):2360-7. [Resumo](#)
21. Fricchione G. Generalized anxiety disorder. N Engl J Med. 2004 Aug 12;351(7):675-82. [Resumo](#)
22. Whooley MA, Simon GE. Managing depression in medical outpatients. N Engl J Med. 2000 Dec 28;343(26):1942-50. [Resumo](#)
23. Fioravanti A, Tofi C, Volterrani L, et al. Malignant lymphoma presenting as Tietze's syndrome. Arthritis Rheum. 2002 Jun 15;47(3):229-30. [Texto completo](#) [Resumo](#)
24. Thongngarm T, Lemos LB, Lawhon N, et al. Malignant tumor with chest wall pain mimicking Tietze's syndrome. Clin Rheumatol. 2001;20(4):276-8. [Resumo](#)
25. McVeigh C, Cairns A. Diagnosis and management of ankylosing spondylitis. BMJ. 2006 Sep 16;333(7568):581-5. [Texto completo](#) [Resumo](#)
26. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Arthritis Rheum. 1990 Feb;33(2):160-72. [Resumo](#)
27. Gabriel SE, Jaakkimainen L, Bombardier C. Risk of serious gastrointestinal complications related to use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs: a meta-analysis. Ann Intern Med. 1991 Nov 15;115(10):787-96. [Resumo](#)
28. Garcia Rodriguez LA, Jick H. Risk of upper gastrointestinal bleeding and perforation associated with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs. Lancet. 1994 Mar 26;343(8900):769-72. [Resumo](#)
29. Zapatero J, López Longo J, Monteagudo I, et al. Costal chondritis in heroin addicts: a comparative study with postsurgical chondritis. Br J Dis Chest. 1988 Oct;82(4):341-6. [Resumo](#)
30. Emery P, Zeidler H, Kvien TK, et al. Celecoxib versus diclofenac in long-term management of rheumatoid arthritis: randomized double-blind comparison. Lancet. 1999 Dec 18-25;354(9196):2106-11. [Resumo](#)

31. Silverstein FE, Faich G, Goldstein JL, et al. Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis: the CLASS study: a randomized controlled trial. JAMA. 2000 Sep 13;284(10):1247-55. [Texto completo](#) [Resumo](#)

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**



O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

---

**Fadi Badlissi, MD, MSc**

Attending Physician

Medical Director of the Musculoskeletal Medical Unit, Department of Orthopedics & Division of Rheumatology, Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA

DIVULGAÇÕES: FB declares that he has no competing interests.

### // Colegas revisores:

---

**Don Aspegren, DC, MS**

Assistant Clinical Professor

Department of Rehabilitation, University of Colorado School of Medicine, Lakewood, CO

DIVULGAÇÕES: DA declares that he has no competing interests.

---

**Richard Wakefield, BM, FRCP, MD**

Senior Lecturer in Rheumatology

Section of Musculoskeletal Disease, Leeds Institute of Molecular Medicine, Chapel Allerton Hospital, Leeds, UK

DIVULGAÇÕES: RW declares that he has no competing interests.