

Alergia a insetos (himenópteros)

Picadas de abelha, vespa, marimbondo e formiga, diferença entre reação local, reação local extensa, reação sistêmica e reação tóxica por múltiplas picadas, infecção secundária, autoinjeter, plano de ação e imunoterapia com veneno

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

As picadas de **himenópteros** (abelha, vespa, marimbondo, formiga-lava-pé) causam quatro tipos de reação. A **reação local** (dor, vermelhidão e edema < 10 cm, que regride em 24–48 h) e a **reação local extensa** (edema > 10 cm ou que alcança a articulação vizinha, com pico em 12–24 h e duração de 5–10 dias) são tratadas **em casa** (🟢/🟡) com compressa fria, analgésico, anti-histamínico de 2ª geração e, na extensa muito sintomática, prednisolona por 3–5 dias. A reação local extensa **não é anafilaxia, não é infecção e não exige autoinjeter**. A **reação sistêmica** (sintomas longe da picada) e a **anafilaxia** são 🟠: **adrenalina IM 0,01 mg/kg (máx. 0,3 mg na criança, 0,5 mg no adolescente)**, SAMU (192) e pronto-socorro; depois, **autoinjeter** (0,15 mg abaixo de 30 kg; 0,3 mg a partir de 30 kg), plano de ação escrito e **alergista**, que decide a **imunoterapia com veneno** — muito eficaz, com proteção por 10–20 anos na criança. **Múltiplas picadas** (na criança, algumas dezenas bastam) causam reação tóxica e são 🟠. Infecção secundária: **cefalexina 50–100 mg/kg/dia de 6/6 h por 7 dias** (SBP, DC nº 12, 08/02/2022).

1. O que é e como se apresenta

Os himenópteros de importância no Brasil são as **abelhas** (*Apis mellifera* africanizada, que deixa o ferrão), as **vespas e marimbondos** (que guardam o ferrão e podem picar várias vezes) e as **formigas-lava-pé** (documentos **Prurigo estrófulo e reações a picadas de insetos e Acidentes por animais peçonhentos** do site). O veneno tem componentes tóxicos e alergênicos; a reação alérgica é mediada por IgE.

TIPO	MECANISMO	QUADRO	EVOLUÇÃO
Reação local	Tóxico	Dor, prurido, eritema e edema < 10 cm no local	Regride em 24–48 h
Reação local extensa	IgE (fase tardia)	Edema > 10 cm ou que atinge a articulação vizinha, com dor e prurido	Pico em 12–24 h; dura 5–10 dias
Reação sistêmica	IgE	Sintomas longe da picada : urticária generalizada, angioedema, vômitos, dispneia, rouquidão, tontura, síncope	Início em geral < 1 h
Reação tóxica	Volume de veneno	Múltiplas picadas: rabdomiólise, hemólise, lesão renal aguda, choque	Horas

(SEPEAP, Pediatria Integral 2023; Guia de Vigilância em Saúde do MS, citado no documento **Acidentes por animais peçonhentos**.)

Riscos ao ser picado de novo (AAAAI/ACAAI 2016): após reação local extensa, o risco de reação sistêmica numa nova picada é de 4–10%; reações sistêmicas com potencial risco de

vida ocorrem em 0,4–0,8% das crianças. Muitas crianças **não "perdem" a alergia** com o tempo (Golden, Johns Hopkins, 2004).

Diferencial: celulite (raramente nas primeiras 48 h — o edema que cresce nas primeiras 24 h é inflamatório; infecção traz dor crescente, calor, secreção, febre ou linfangite após 48–72 h); estrófulo (picadas de mosquito e pulga; ver **Prurigo estrófulo**); síndrome de Skeeter; acidentes por escorpião, aranha ou lagarta (ver **Acidentes por animais peçonhentos**).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Picada isolada ou poucas, com reação local < 10 cm , sem sintomas à distância, criança bem	Casa: retirar o ferrão, lavar, compressa fria, analgésico, anti-H1 de 2ª geração; retorno se piorar
● Moderada	Reação local extensa (> 10 cm ou articulação vizinha); reação sistêmica só cutânea já resolvida ; suspeita de infecção secundária sem sinais sistêmicos	Reavaliação em 24–48 h; prednisolona 3–5 dias se muito sintomática; cefalexina se infecção; reação sistêmica prévia: autoinjetor, plano de ação e alergista
● Grave	Reação sistêmica em curso ou anafilaxia (urticária generalizada, angioedema, rouquidão, estridor, sibilância, SpO2 < 94%, vômitos, hipotensão, síncope); picada na boca ou na orofaringe ; múltiplas picadas ; celulite com toxemia	Adrenalina IM imediata na reação sistêmica; SAMU (192); pronto-socorro mesmo com melhora; múltiplas picadas: hospital (não há soro antiapílico disponível)

Fatores que elevam a gravidade

- **Anafilaxia prévia** a picada, sobretudo grave (choque, perda de consciência).
- **Mastocitose** ou triptase basal elevada (AAAAI/ACAAI 2016; SEPEAP 2023) — veja **Mastocitose cutânea na criança**.
- **Asma** mal controlada; uso de betabloqueador.
- Alergia a **abelha** e **exposição frequente** (filhos de apicultores, vida rural) (AAAAI/ACAAI 2016).
- Picada na cabeça, no pescoço ou na boca; muitas picadas; demora para a adrenalina.

3. Diagnóstico no consultório

É clínico: inseto (ou foto, local, época, número de picadas), tempo até os sintomas, onde ficou o edema, se houve sintoma à distância e o tratamento recebido.

Exames: nenhum na reação local ou local extensa. **Após reação sistêmica, o alergista** investiga com **testes cutâneos e IgE específica para os venenos**, feitos **a partir de 4 semanas após a picada** (antes podem ser falsamente negativos); até 30% das reações sistêmicas podem ter testes negativos, e nenhum teste prevê a gravidade (SEPEAP 2023). A **triptase basal** é indicada após reação sistêmica grave ou com hipotensão e na suspeita de mastocitose (AAAAI/ACAAI 2016). Testar sem reação sistêmica prévia (por medo ou porque um familiar é alérgico) não é indicado (SEPEAP 2023).

4. Tratamento e seguimento

Reação local e local extensa (o pediatra conduz):

- **Retirar o ferrão o quanto antes**, por raspagem com lâmina ou cartão, sem espremer o saco de veneno (documentos **Acidentes por animais peçonhentos** e **Prurigo estrófulo**; SEPEAP 2023).
- Lavar com água e sabão; **compressa fria**; elevar o membro; unhas curtas.
- Analgesia e anti-H1 de 2ª geração; corticoide tópico de baixa ou média potência por poucos dias (SEPEAP 2023).
- **Reação local extensa muito sintomática:** prednisolona por 3–5 dias (padrão do site).
- **Antibiótico só se houver infecção**, não pelo tamanho do edema.

Reação sistêmica e anafilaxia (o pediatra trata e encaminha): adrenalina IM, posição, oxigênio, SAMU e pronto-socorro (ver **Anafilaxia e autoaplicador de adrenalina** e **Protocolo de Anafilaxia**); depois, **autoinjetor, plano de ação escrito e alergista**.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Adrenalina 1 mg/mL IM (vasto lateral da coxa)	0,01 mg/kg (máx. 0,3 mg na criança; 0,5 mg no adolescente)	Repetir em 5–15 min se necessário	Emergência	Padrão do site (Protocolo de Anafilaxia; SBP 2021)
Autoinjetor de adrenalina	0,15 mg abaixo de 30 kg; 0,3 mg a partir de 30 kg	2ª dose em 5–15 min	Emergência	SBP 2021; padrão do site; carregar dois
Anti-H1 de 2ª geração VO	Dose de bula para a idade	Conforme bula	Enquanto houver prurido ou edema	Padrão do site (documento Urticária aguda)
Prednisolona VO	1 mg/kg/dia (máx. 40 mg/dia)	1 vez ao dia	3–5 dias	Padrão do site; só na reação local extensa muito sintomática
Dipirona VO	15 mg/kg/dose (não < 3 meses ou < 5 kg)	6/6 h (máx. 4 doses/dia)	Enquanto houver dor	Padrão do site
Paracetamol VO	10–15 mg/kg/dose (máx. 75 mg/kg/dia)	4–6 h	Até 48–72 h sem reavaliação	Padrão do site
Cefalexina VO (infecção secundária)	50–100 mg/kg/dia (máx. 4 g/dia)	6/6 h	7 dias , prolongando se não houver melhora	SBP, DC nº 12, 08/02/2022 — Picadas de inseto (padrão do site)

Quem recebe autoinjetor (padrão do site): toda criança com reação sistêmica a himenóptero, mesmo que só cutânea, até a avaliação do alergista; a **reação local extensa isolada não exige autoinjetor** (documento **Prurigo estrófulo** do site; AAAAI/ACAAI 2016: baixo risco). **Divergência:** a AAAAI/ACAAI (2016) também classifica a reação sistêmica **estritamente cutânea** como de baixo risco e deixa a decisão de carregar o autoinjetor à conversa entre família e médico; o site mantém o autoinjetor nesses casos até a avaliação do alergista. Peso, validade e técnica são revisados em toda consulta.

Imunoterapia com veneno (decisão e aplicação do alergista; ver Imunoterapia alérgica):

- **Indicação:** reação sistêmica após picada **com IgE específica demonstrada**. A AAAAI/ACAAI (2016) considera que crianças até 16 anos com reação sistêmica **só cutânea** em geral não precisam dela; a SEPEAP (2023) a indica acima de 5 anos com reação sistêmica de **vários órgãos** e admite considerá-la, mesmo só cutânea, se houver má qualidade de vida, exposição alta ou acesso difícil à urgência. A reação local extensa em geral não é indicação, salvo picadas frequentes e inevitáveis (AAAI/ACAAI 2016).
- **Eficácia:** reduz o risco de reação sistêmica numa nova picada para < 5% (AAAI/ACAAI 2016). Em 1.033 crianças acompanhadas por 10–20 anos, a reação sistêmica a nova

picada ocorreu em 3% das tratadas e 17% das não tratadas (Golden, Johns Hopkins, 2004).

- **Esquema:** fase de indução seguida de manutenção (100 µg; 50 µg pode ser considerado na criança), com intervalos que aumentam até 8–12 semanas; duração de **3 a 5 anos**, com proteção mais duradoura com 5 anos; **3 anos podem bastar na criança** (AAAAI/ACAAI 2016; SEPEAP 2023).
- **Onde:** em serviço com estrutura para tratar anafilaxia. A disponibilidade dos extratos de veneno no Brasil é restrita: confirme com o alergista de referência.

Prevenção: calçado fechado ao ar livre, cuidado com bebidas abertas e restos de comida, evitar perfumes e roupas muito coloridas em áreas com abelhas, não mexer em ninhos e colmeias, manter a calma perto dos insetos; avisar escola, acampamentos e esporte. Repelentes não protegem contra himenópteros.

O que é do pediatra: tratar a reação local e a extensa, reconhecer e tratar a sistêmica, prescrever autoinjeter e plano de ação, encaminhar e acompanhar a adesão à imunoterapia. **O que é do especialista:** testes, triptase, decisão e aplicação da imunoterapia.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Reação sistêmica ou anafilaxia**, mesmo após melhora com a adrenalina (observação de 6–8 h nos leves e 24–48 h nos graves — SBP 2021).
- **Picada na boca, língua ou orofaringe** (risco de edema de via aérea).
- **Múltiplas picadas** (na criança, algumas dezenas), mesmo sem sintomas — risco de rabdomiólise, hemólise, lesão renal aguda e choque; não há soro antiapílico disponível (documento **Acidentes por animais peçonhentos**).
- Celulite com febre, toxemia, linfangite que progride ou falha da cefalexina.

Como encaminhar: adrenalina IM antes de tudo na reação sistêmica, sem esperar o SAMU; posição adequada (deitada com pernas elevadas se hipotensa, sentada se dispneia, nunca em pé); oxigênio para manter **SpO2 entre 94% e 98%**; acesso venoso e SF 0,9% 5–10 mL/kg nos primeiros 5 min se hipotensão (até 30 mL/kg na 1ª hora — SBP 2021); retirar os ferrões sem atrasar o transporte; **SAMU (192)** e contato com o serviço; relatório com horário, número de picadas, doses e horários da adrenalina.

Encaminhar ao alergista: toda criança com reação sistêmica a himenóptero (com prioridade após anafilaxia), já com autoinjeter e plano de ação; reação local extensa com picadas frequentes e inevitáveis.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Inchaço grande em volta da picada, mesmo pegando o braço inteiro, é reação local: incomoda, mas não é perigoso e não é infecção. Gelo, antialérgico e remédio para dor."
- "Tire o ferrão logo, raspando com um cartão."
- "Volte se, depois de 2–3 dias, a vermelhidão aumentar, ficar quente, doer mais, sair pus ou vier febre."
- **Pronto-socorro ou SAMU (192)** se: placas pelo corpo, inchaço do rosto ou da língua, voz rouca, falta de ar, chiado, vômitos, tontura ou desmaio após a picada — **use o autoinjeter primeiro**; muitas picadas; picada dentro da boca.
- "Quem já teve reação no corpo todo deve andar sempre com **dois autoinjetores** e o plano de ação, e ir ao alergista: a vacina com veneno protege por muitos anos."

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Versão consultada	GPA nº 6, 31/05/2021; DC nº 12, 08/02/2022	Acidentes por abelhas (Saúde de A a Z); Guia de Vigilância (via documentos do site)	Clinical report 2017 (Sicherer e Simons)	TA246 (2012) retirada; NG258, 27/05/2026	SEPEAP, Pedi-atría Integral 2023	Golden et al., NEJM 2004	Boston Children's — Bee stings	Segue o NICE
Reação local extensa	—	—	—	—	> 10 cm; anti-H1, corticoide tópico, oral curto	—	—	Segue o NICE
Reação sistêmica	Adrenalina IM; alergista	Sem soro antiapilico	Adrenalina IM; autoinjeter; plano escrito	Encaminhar a serviço de alergia	Adrenalina 0,01 mg/kg (máx. 0,5 mg); autoinjeter	—	Adrenalina; autoinjeter	Segue o NICE
Imunoterapia com veneno	Eficaz; com o alergista	—	Citada na prevenção	Sem diretriz vigente (TA246 retirada)	> 5 anos, vários órgãos; 5 anos	Proteção 10–20 anos	Reduz o risco de 60% para ~5%	Segue o NICE
Infecção secundária	Cefalexina 50–100 mg/kg/dia, 7 dias	—	—	—	Antibiótico se infecção	—	—	Segue o NICE

Leitura: há convergência na separação entre reação local, local extensa e sistêmica, em que a reação local extensa não é anafilaxia, na **adrenalina IM** na reação sistêmica, no **autoinjeter** e no plano de ação para quem teve reação sistêmica e na **imunoterapia com veneno** como único tratamento que muda a evolução, com proteção duradoura na criança (Golden 2004).

Divergências: (1) **imunoterapia na reação sistêmica só cutânea** — a AAAAI/ACAAI 2016 a dispensa em crianças até 16 anos, e a SEPEAP 2023 a reserva a reações de vários órgãos acima de 5 anos, admitindo exceções por exposição ou qualidade de vida; (2) **dose máxima de**

adrenalina — 0,3 mg na criança pela SBP e 0,5 mg pela AEP; (3) **autoinjeter após reação sistêmica só cutânea** — a AAAAI/ACAAI 2016 a classifica como de baixo risco e deixa a decisão de carregar o autoinjeter à conversa entre família e médico; o site mantém a prescrição do autoinjeter até a avaliação do alergista (posição do site, registrada aqui para que o leitor possa fazer a sua escolha). O NICE retirou a avaliação da imunoterapia com veneno (TA246) por falta de produto licenciado no Reino Unido. **Posição do site: SBP** — adrenalina 0,01 mg/kg (máx. 0,3 mg na criança, 0,5 mg no adolescente), autoinjeter de 0,15 mg abaixo de 30 kg e 0,3 mg a partir de 30 kg (para toda reação sistêmica, por decisão do site), encaminhamento ao alergista e cefalexina por 7 dias na infecção secundária (DC nº 12, 08/02/2022); a indicação da imunoterapia fica com o alergista.

PONTOS PRÁTICOS

1. Edema > 10 cm em volta da picada é reação local extensa: não é anafilaxia nem infecção, e não pede antibiótico nem autoinjeter.
2. Sintomas longe da picada (urticária no corpo, falta de ar, vômitos, tontura) são reação sistêmica: adrenalina IM e pronto-socorro.
3. Toda reação sistêmica sai com dois autoinjetores, plano de ação escrito e encaminhamento ao alergista.
4. Testes de veneno só a partir de 4 semanas da picada e só após reação sistêmica.
5. A imunoterapia com veneno é o único tratamento que muda a evolução, com proteção por 10–20 anos na criança.
6. Infecção secundária (após 48–72 h, com calor, dor crescente ou pus): cefalexina 50–100 mg/kg/dia 6/6 h por 7 dias.

Veja também, nesta Biblioteca: **Anafilaxia e autoaplicador de adrenalina**, **Imunoterapia alérgica** e **Urticária, angioedema, eritema multiforme e SSJ/NET** (nesta área); **Prurigo estrófulo e reações a picadas de insetos** e **Mastocitose cutânea na criança** (Dermatologia); **Acidentes por animais peçonhentos na criança — serpentes, escorpiões, aranhas, lagartas e abelhas** e **Protocolo de Anafilaxia** (Urgências e emergências); **Impetigo, celulite e abscessos** (Patologias do consultório).

8. Fontes

- SBP, Departamento Científico de Alergia. Anafilaxia — atualização 2021. Guia Prático de Atualização nº 6, 31/05/2021. [PDF](#)

- SBP, Departamento Científico de Dermatologia. Picadas de inseto — prurigo estrófulo ou urticária papular. Atualização (DC nº 12, 08/02/2022). [PDF](#)
- Golden DBK et al. Stinging insect hypersensitivity — a practice parameter update 2016 (AAAAI/ACAAI). Ann Allergy Asthma Immunol, 2017;118:28–54. [PDF](#)
- Golden DBK et al. Outcomes of allergy to insect stings in children, with and without venom immunotherapy. N Engl J Med, 2004;351:668–74 (Johns Hopkins Asthma and Allergy Center). [PubMed](#)
- SEPEAP. Romero L et al. Alergia a la picadura de insectos. Pediatría Integral, 2023;XXVII(3):152–161. [PDF](#)
- AAP, Section on Allergy and Immunology. Sicherer SH, Simons FER. Epinephrine for first-aid management of anaphylaxis. Pediatrics, 2017;139(3):e20164006. [PubMed](#)
- NICE. Pharmalgen for the treatment of bee and wasp venom allergy. TA246, 22/02/2012 (retirada). [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk); Anaphylaxis — NG258, 27/05/2026. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- Boston Children's Hospital. Bee stings. [childrenshospital.org](https://www.childrenshospital.org)
- Documentos do site: Prurigo estrófulo e reações a picadas de insetos (Dermatologia); Acidentes por animais peçonhentos na criança (Urgências e emergências); Protocolo de Anafilaxia.

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.