

Síndrome da enterocolite induzida por proteína alimentar (FPIES)

Alergia alimentar não IgE mediada que simula sepse, critérios diagnósticos do consenso internacional de 2017 adotados pela SBP, formas aguda e crônica, hidratação venosa e ondansetrona com dose e fonte, choque, plano de emergência, fórmulas, introdução dos sólidos e teste de provocação para tolerância

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

A **FPIES** (*food protein-induced enterocolitis syndrome*) é uma alergia alimentar **não IgE mediada**, de mecanismo celular, que se manifesta por **vômitos repetidos e incoercíveis 1 a 4 horas após a ingestão** do alimento, com **palidez acentuada e letargia**, às vezes diarreia em 5 a 10 horas, desidratação, hipotermia e, em cerca de 15%, **hipotensão e choque** (ASBAI/SBP 2025). **Não há urticária nem sintomas respiratórios**, e prick e IgE específica costumam ser negativos — por isso é confundida com **sepse, gastroenterite ou abdome agudo**. Os gatilhos mais comuns são **leite de vaca e soja** no lactente pequeno e **arroz, aveia, ovo, peixe, banana e frango** na introdução dos sólidos. O diagnóstico é **clínico** (consenso internacional 2017, adotado pela SBP). **Toda crise com vômitos repetidos e letargia é 🚑**: pronto-socorro, **acesso venoso e soro fisiológico 10–20 mL/kg** repetido conforme a resposta e **ondansetrona 0,15 mg/kg (máx. 16 mg) a partir de 6 meses**. Adrenalina e anti-histamínico **não tratam** a FPIES. O seguimento é com o alergista: exclusão só do alimento implicado, introdução dos sólidos sem atraso e **teste de provocação 12–18 meses após a última reação**.

1. O que é e como se apresenta

A FPIES é uma reação mediada por células T à proteína alimentar no intestino, com liberação de citocinas inflamatórias, aumento da permeabilidade e grande perda de líquido para a luz intestinal; daí vômitos, diarreia e hipovolemia (ASBAI/SBP 2025; consenso internacional 2017). A maioria (65–80%) reage a **um único alimento**, mais frequentemente o leite de vaca; 5–10% reagem a mais de 3 alimentos (consenso 2017).

FPIES aguda — exposição intermitente ou após um período de exclusão:

- Vômitos repetitivos, em jato, **1–4 h** após a ingestão; palidez, letargia, hipotonia; diarreia em **5–10 h** (às vezes com sangue).
- Casos graves: desidratação, **hipotensão, choque**, hipotermia, acidose metabólica, metemoglobinemia; leucocitose com neutrofilia (pode simular sepse).
- Melhora em cerca de 24 h; **a criança fica bem entre as crises**.

FPIES crônica — ingestão regular, em geral leite de vaca ou soja em fórmula, no lactente pequeno:

- Vômitos intermitentes, diarreia crônica, baixo ganho de peso e falha de crescimento; nos graves, desidratação e acidose.
- Melhora em dias com fórmula hipoalergênica (3–10 dias — consenso 2017); a reexposição após a exclusão produz uma **crise aguda**.

Gatilhos (ASBAI/SBP 2025; consenso 2017): abaixo de 6 meses, **leite de vaca e soja** (reação a ambos em 20–40% dos casos nos EUA, bem menos em outros países); depois dos 6–9 meses, sólidos — **arroz, aveia, ovo, peixe, banana, frango**, batata-doce, abacate. No adolescente e no adulto, peixes e frutos do mar. Em aleitamento exclusivo é rara: a maioria dos lactentes não reage ao alimento presente no leite materno.

Critérios diagnósticos da FPIES aguda (consenso 2017, adotados pela ASBAI/SBP 2025):

- **Critério maior:** vômitos 1–4 h após o alimento suspeito, **sem** sintomas IgE mediados clássicos (pele ou respiratórios).
- **Critérios menores:** (1) segundo episódio de vômitos repetitivos com o mesmo alimento; (2) vômitos repetitivos 1–4 h após outro alimento; (3) letargia extrema; (4) palidez acentuada; (5) necessidade de ida à emergência; (6) necessidade de hidratação venosa; (7) diarreia em 24 h (geralmente 5–10 h); (8) hipotensão; (9) hipotermia.
- **Diagnóstico:** critério maior **e** **≥ 3 menores**. Um único episódio deve ser confirmado por TPO ou por um segundo episódio.

FPIES crônica: o critério mais importante é a **resolução em dias** após retirar o alimento e a **crise aguda na reintrodução**; sem TPO, o diagnóstico é presuntivo (ASBAI/SBP 2025).

FPIES atípica: quando há IgE específica para o alimento; tem **pior prognóstico** e risco de conversão para reação imediata (ASBAI/SBP 2025).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Criança com FPIES diagnosticada, sem história de reação grave , que após ingestão acidental tem 1–2 vômitos, sem letargia , aceita líquidos; FPIES crônica leve já em exclusão, crescendo bem	Reidratação oral em casa (peito ou líquidos claros), observação de 4–6 h; avisar o alergista; ondansetrona pode ser considerada no serviço a partir de 6 meses (consenso 2017)
● Moderada	Suspeita de FPIES (episódio típico já resolvido) em bom estado; FPIES crônica com baixo ganho de peso, sem desidratação; dúvida diagnóstica	Excluir apenas o alimento suspeito; encaminhar ao alergista com prioridade ; plano de emergência escrito; FEH ou FAA se o gatilho for leite ou soja
● Grave	≥ 3 vômitos com letargia , palidez acentuada, hipotonia, cor acinzentada ou cianose, desidratação, hipotensão, hipotermia, sonolência; FPIES crônica com desidratação ou acidose; criança com reação grave prévia que ingeriu o alimento , mesmo sem sintomas	Pronto-socorro: acesso venoso, soro fisiológico 10–20 mL/kg, ondansetrona, monitorização; internação se instável

Fatores que aumentam a gravidade

- Reação grave prévia (ida à emergência, hidratação venosa, hipotensão).
- Lactente pequeno, sobretudo com início no 1º mês de vida (mais reação a leite e soja ao mesmo tempo).
- FPIES crônica com desnutrição; FPIES a múltiplos alimentos.
- Atraso no reconhecimento (tratada como gastroenterite e reexposta).
- FPIES atípica (IgE positiva).

3. Diagnóstico no consultório

É clínico. Perguntar: o que a criança comeu, quanto e quando, o intervalo até o primeiro vômito (1–4 h), quantos vômitos, palidez e moleza, se houve urticária ou chiado (sugerem IgE), episódios anteriores com o mesmo alimento ou com outro, crescimento, tipo de leite.

Exames:

- Na crise, no serviço: hemograma (neutrofilia), gasometria (acidose), eletrólitos, glicemia; metemoglobina se cianose (consenso 2017). Servem para gravidade e diferencial, não para o diagnóstico.
- **Prick e IgE específica** não diagnosticam FPIES; o alergista os pede antes do TPO para identificar a forma atípica (AEP 2023; ASBAI/SBP 2025).
- Endoscopia apenas para diferencial, com o gastroenterologista.

Diagnóstico diferencial que não pode passar (AEP 2023; consenso 2017): sepse, gastroenterite viral ou bacteriana, **invaginação, vólvulo e má rotação** (vômito bilioso), estenose hipertrófica do piloro, enterocolite necrosante, **erros inatos do metabolismo** (vômitos e letargia após alimento), anafilaxia (tem pele ou respiratório), doença celíaca, esofagite eosinofílica, doença do refluxo, intoxicações, metemoglobinemia congênita, causas neurológicas e cardíacas de vômito e letargia. A pista da FPIES é a **relação temporal repetida com o mesmo alimento** e a **recuperação em horas**, ao contrário da gastroenterite.

4. Tratamento e seguimento

Crise aguda — conduta por gravidade (consenso 2017, Tabelas VI e VII; ASBAI/SBP 2025):

- **Leve (1–2 vômitos, sem letargia):** reidratação oral (peito ou líquidos claros); a partir de 6 meses, considerar ondansetrona; observar 4–6 h desde o início.
- **Moderada (> 3 vômitos e letargia leve):** ondansetrona a partir de 6 meses; considerar acesso venoso e soro fisiológico; monitorar sinais vitais; observar ≥ 4–6 h; alta quando

aceitar líquidos.

- **Grave (> 3 vômitos com letargia intensa, hipotonia, cor acinzentada ou cianose):** acesso venoso e **soro fisiológico em bolus rápido, repetido** até corrigir a hipotensão; ondansetrona IV (IM se o acesso atrasar); considerar metilprednisolona; corrigir acidose, eletrólitos e metemoglobinemia; oxigênio; vasopressor se choque refratário; UTI se instabilidade persistente.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Soro fisiológico 0,9% IV	10–20 mL/kg em bolus	Repetir conforme reavaliação	Até estabilidade; depois manutenção com soro glicosado e eletrólitos	ASBAI/SBP 2025; consenso 2017: 10–20 mL/kg no texto e 20 mL/kg rápido, repetido, na tabela de conduta
Ondansetrona IV ou IM	0,15 mg/kg/dose, máx. 16 mg/dose, a partir de 6 meses	Dose única na crise	—	ASBAI/SBP 2025; consenso internacional 2017 (recomendação fraca, evidência limitada); cautela em cardiopatia e QT longo; a indicação na FPIES não consta da bula
Metilprednisolona IV	1 mg/kg, máx. 60–80 mg	Dose única	—	Casos graves (ASBAI/SBP 2025; consenso 2017); sem estudos que comprovem benefício
Oxigênio	Para manter SpO2 entre 94% e 98%	Contínuo	Enquanto necessário	Padrão do site
Adrenalina IM	Não trata a FPIES	—	—	Só se houver anafilaxia por alergia IgE associada (consenso 2017; AEP 2023)
Anti-histamínico	Não indicado	—	—	Pouca eficácia (ASBAI/SBP 2025; AEP 2023)

Plano de emergência para a família (consenso 2017): carta com o diagnóstico, os alimentos, a conduta (soro e ondansetrona) e o contato do alergista, para apresentar no pronto-socorro — evita investigação de sepse desnecessária e atraso na hidratação. **Criança com reação grave prévia que comeu o alimento com certeza deve ir ao pronto-socorro**, mesmo sem sintomas. **Autoinjeter de adrenalina não é prescrito de rotina** (só se houver alergia IgE mediada associada).

Seguimento (pediatra com o alergista):

- **Exclusão** apenas do(s) alimento(s) implicado(s), incluindo formas assadas e processadas de leite ou soja quando forem o gatilho, salvo se já toleradas; introdução de assados só com o especialista (consenso 2017).
- **Aleitamento:** manter; dieta materna de exclusão **somente** se houver reação pelo leite materno ou falha de crescimento (consenso 2017).
- **Fórmulas:** leite ou soja como gatilho → **extensamente hidrolisada** (10–20% precisarão de **aminoácidos**); a ASBAI/SBP 2025 indica **fórmula de aminoácidos** na FPIES aguda ou crônica grave. Soja em FPIES ao leite (ou o inverso) só sob supervisão; nada de leite de cabra ou ovelha (consenso 2017; ASBAI/SBP 2025).
- **Introdução dos sólidos a partir dos 6 meses, sem atraso:** começar por frutas e vegetais, depois carnes vermelhas e cereais; tolerar um alimento de um grupo é bom sinal para os demais do grupo (por exemplo, tolera feijão → baixo risco com outras leguminosas) (consenso 2017; ASBAI/SBP 2025). Na FPIES grave a leite ou soja, considerar a introdução supervisionada dos sólidos.
- **Nutricionista** para todo paciente, pelo risco de deficiências (consenso 2017).
- **Teste de tolerância: TPO 12–18 meses após a última reação** (ASBAI/SBP 2025; AEP 2023), em ambiente hospitalar com acesso venoso nos casos de reação grave prévia; dose de 0,06–0,6 g de proteína/kg (máx. 3 g), observação por pelo menos 4 h; positivo com o critério maior e ≥ 2 menores (ASBAI/SBP 2025). **Nunca reintroduzir em casa** (ASBAI/SBP 2025).
- **Prognóstico:** remissão de 50–90% até os 6 anos; a forma atípica dura mais (ASBAI/SBP 2025).

O que não fazer: tratar como gastroenterite e reoferecer o mesmo alimento; dar adrenalina ou anti-histamínico no lugar da hidratação; excluir dezenas de alimentos "por precaução"; atrasar a alimentação complementar; fazer escada do leite em casa.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Vômitos repetidos (≥ 3) após alimento, com **letargia, palidez acentuada, hipotonia**, cor acinzentada ou cianose.
- Sinais de desidratação ou choque: taquicardia, enchimento capilar > 2 s, extremidades frias, hipotensão, oligúria, sonolência, hipotermia.
- Incapacidade de aceitar líquidos por via oral.
- Ingestão do gatilho por criança com **reação grave prévia**, mesmo sem sintomas.
- FPIES crônica com desidratação, acidose ou desnutrição.

Como encaminhar: no consultório, acesso venoso se possível e **soro fisiológico 10–20 mL/kg** (ASBAI/SBP 2025), repetido conforme a reavaliação, sem atrasar a remoção;

ondansetrona 0,15 mg/kg (máx. 16 mg) IV ou IM a partir de 6 meses, se disponível; oxigênio para manter **SpO2 entre 94% e 98%**; glicemia capilar; manter aquecido; **SAMU 192**; contato com o serviço; enviar a carta de emergência e o relato do alimento, da quantidade e do horário. Se houver choque, seguir **Sepse e choque séptico na criança** para a reposição volêmica e a infusão de adrenalina (0,05–1 mcg/kg/min, padrão do site), lembrando que o tratamento da FPIES é o volume.

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

- "A FPIES não dá manchas nem falta de ar como as outras alergias; ela dá vômitos repetidos algumas horas depois do alimento e deixa o bebê pálido e mole."
- "Leve sempre a carta do alergista ao pronto-socorro: ela explica que a criança precisa de soro na veia."
- "A adrenalina e o antialérgico não tratam esta alergia."
- "Não ofereça de novo o alimento que causou a crise; o teste para ver se passou é feito no hospital, em geral 12 a 18 meses depois."
- "Continue a introduzir os outros alimentos na idade certa, um de cada vez, começando por frutas e legumes."
- **Pronto-socorro (SAMU 192) imediatamente** se, depois de comer, o bebê vomitar muitas vezes, ficar pálido, mole, sonolento, frio ou acinzentado, ou não conseguir beber; se ele já teve uma crise grave, vá ao pronto-socorro **mesmo sem sintomas** quando comer o alimento.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Versão consultada	ASBAI/SBP, Atualização 2025; GPA nº 9, 27/09/2022	PCDT APLV, consulta pública Conitec 04/2022	Sem diretriz própria; consenso AAAAI/International FPIES Association, JACI 04/2017, como apoio	Sem diretriz de FPIES; CG116, 2011 (10/2018)	SEGHNP/AEP, Reacciones adversas a alimentos, 2023	Sem posição específica localizada	Boston Children's, página FPIES (sem data)	Segue o NICE
Diagnóstico	Critério maior + ≥ 3 menores (consenso 2017)	FPIES dá acesso às fórmulas sem TPO	Consenso: clínico, maior + ≥ 3 menores	Reação tardia grave → encaminhar	Mesmos critérios	Sem posição específica localizada	Clínico; testes de alergia não confirmam	Segue o NICE
Crise	SF 10–20 mL/kg; ondansetrona 0,15 mg/kg (máx. 16 mg) ≥ 6 meses; metilprednisolona	—	Consenso: SF 20 mL/kg; ondansetrona; metilprednisolona 1 mg/kg	—	Hidratação; sem anti-histamínico	Sem posição específica localizada	Evitar o gatilho	Segue o NICE
Adrenalina	Pouca eficácia	—	Autoinjeter não de rotina	—	Só se IgE associada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Fórmula	FAA na FPIES grave	FAA 1ª opção nos graves	FEH (caseína); 10–20% FAA	—	Fórmula elementar (aminoácidos) na FPIES grave	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Tolerância	TPO 12–18 meses após a última reação, hospitalar	TPO contraindicado para ingresso no protocolo	Reintrodução supervisionada; momento variável	—	12–18 meses, supervisionado	Sem posição específica localizada	TPO quando indicado; maioria supera até a idade escolar	Segue o NICE

Leitura: a SBP (ASBAI/SBP 2025), a AEP e o consenso internacional de 2017 — que a SBP adota — convergem nos critérios diagnósticos (critério maior e ≥ 3 menores), em que **a hidratação venosa é o tratamento da crise**, na ondansetrona como adjuvante a partir de 6 meses, na inutilidade da adrenalina e do anti-histamínico (salvo alergia IgE associada), na fórmula hipoalergênica, na introdução dos sólidos sem atraso e na **reintrodução supervisionada após 12–18 meses**. As divergências são pequenas: o **volume do bolus** (10–20 mL/kg na SBP e no texto do consenso; 20 mL/kg rápido na tabela de conduta do consenso), a **fórmula de entrada** (o consenso aceita a extensamente hidrolisada de caseína; a SBP e o Ministério da Saúde preferem aminoácidos na FPIES grave) e o papel do TPO no SUS (o PCDT em consulta dispensa o TPO para dar acesso às fórmulas, por considerá-lo contraindicado no ingresso, enquanto a SBP o indica, em hospital, para testar a tolerância). O NICE e a AAP não têm documento próprio; a evidência para a ondansetrona é fraca (série de casos). **O site adota a posição da SBP:** soro fisiológico 10–20 mL/kg repetido, ondansetrona 0,15 mg/kg (máx. 16 mg) a partir de 6 meses, fórmula de aminoácidos nos casos graves e TPO hospitalar 12–18 meses após a última reação.

PONTOS PRÁTICOS

1. Vômitos repetidos 1–4 h após um alimento, com palidez e moleza, sem urticária: pense em FPIES, não só em gastroenterite ou sepse.
2. O tratamento da crise é volume: acesso venoso e soro fisiológico 10–20 mL/kg, repetido; ondansetrona 0,15 mg/kg (máx. 16 mg) a partir de 6 meses.
3. Adrenalina e anti-histamínico não tratam FPIES; autoinjeter não é de rotina.
4. Entregue à família carta de emergência para o pronto-socorro.
5. Não atrase a alimentação complementar: frutas e legumes primeiro, um alimento novo por vez.
6. Reintrodução só por TPO hospitalar, 12–18 meses após a última reação; nunca escada em casa.

Veja também, nesta Biblioteca: **Alergia alimentar e alergia à proteína do leite de vaca (APLV)**, **Prevenção da alergia alimentar e introdução dos alimentos alergênicos**, **Testes alérgicos na criança — quando pedir e como interpretar** e **Alergia alimentar IgE mediada — ovo, amendoim, castanhas, trigo, peixes e frutos do mar** (nesta área); **Sepse e choque séptico na criança**, **Distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-base na emergência pediátrica** e **Emergências metabólicas e erros inatos do metabolismo na emergência** (Urgências e emergências); **Diarreia aguda e desidratação** e **Vômitos no lactente, refluxo fisiológico e DRGE** (Patologias do consultório); **Estenose hipertrófica do piloro e vômito bilioso no lactente (má rotação e volvo)** e **Invaginação intestinal na criança** (Cirurgia pediátrica); **Diarreia persistente e crônica e síndromes de má absorção** (Gastroenterologia).

8. Fontes

- ASBAI e SBP. Oliveira LCL, Silva LR, Solé D et al. Atualização em Alergia Alimentar 2025: posicionamento conjunto da ASBAI e SBP. Arq Asma Alerg Imunol, 2025;9(1):5-96. aaai-asbai.org.br
- Nowak-Węgrzyn A, Chehade M, Groetch ME et al. International consensus guidelines for the diagnosis and management of food protein-induced enterocolitis syndrome: executive summary. J Allergy Clin Immunol, 2017;139(4):1111-26. [PDF AAAAI](#); [PubMed](#)
- SBP, Departamento Científico de Gastroenterologia. Guia Prático de Atualização nº 9 — Alergia alimentar não IgE mediada: formas leves e moderadas, 27/09/2022. [PDF](#)
- Ministério da Saúde, Conitec. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Alergia à Proteína do Leite de Vaca (consulta pública nº 24), abril de 2022. [PDF](#)

- AEP/SEGHNP. Domínguez Ortega G, Tutau Gómez C, Espín Jaime B. Reacciones adversas a alimentos. Protoc diagn ter pediatr, 2023;1:1-14. [PDF](#)
- NICE. CG116 — Food allergy in under 19s: assessment and diagnosis, 2011 (atualização 10/2018). [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- Boston Children's Hospital. Food protein-induced enterocolitis syndrome (FPIES). [childrenshospital.org](https://www.childrenshospital.org)

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.