

Testes alérgicos na criança — quando pedir e como interpretar

IgE específica sérica, teste cutâneo de leitura imediata (prick), IgE para componentes, teste de ativação de basófilos e teste de provocação oral, sensibilização versus alergia, testes sem validação que não devem ser pedidos (IgG e IgG4, cinesiologia, biorressonância, análise de cabelo) e os riscos do superdiagnóstico, segundo ASBAI e SBP 2025, NICE e EAACI

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

Testes alérgicos **confirmam uma suspeita levantada pela história**; não fazem diagnóstico sozinhos. **Positivo significa sensibilização** (há IgE contra o alimento), não necessariamente alergia; **negativo tem alto valor preditivo negativo** (até cerca de 95%) e praticamente afasta a forma IgE mediada, exceto quando a história é muito sugestiva (ASBAI/SBP 2025). O pediatra pede **IgE específica sérica apenas para o alimento suspeito** de reação imediata; o **prick test**, a **IgE para componentes**, o **teste de ativação de basófilos** e o **teste de provocação oral (TPO)** — padrão de referência — ficam com o alergista, em ambiente preparado para anafilaxia. **Não pedir** painéis de IgE para muitos alimentos, IgE total para diagnosticar alergia alimentar, **IgG ou IgG4 para alimentos**, cinesiologia, biorressonância, análise de cabelo ou teste citotóxico: não têm validade e levam a dietas restritivas e desnutrição (NICE CG116; ASBAI/SBP 2025). Nas formas **não IgE mediadas** (proctocolite, enteropatia, FPIES), os testes de IgE são negativos e o diagnóstico é **eliminação e reexposição**. A maioria das situações é de consultório (🟢/🟡); **reação durante um teste ou TPO é 🟠**.

1. O que é e como se apresenta

Sensibilização × alergia. Sensibilização é a presença de IgE específica (no sangue ou fixada nos mastócitos da pele); **alergia** é a sensibilização **com sintomas reprodutíveis** na exposição. Muitas crianças, sobretudo com dermatite atópica e IgE total elevada, são sensibilizadas a vários alimentos que comem sem problema (ASBAI/SBP 2025). Daí a regra: **não testar sem história** (NICE CG116, recomendação 1.1.9).

Os testes reconhecidos (ASBAI/SBP 2025; EAACI 2023):

TESTE	O QUE MEDE	SENSIBILIDADE / ESPECIFICIDADE	VPP / VPN	QUEM FAZ
IgE específica sérica (fonte total: leite, ovo, amendoim)	IgE circulante contra o extrato	Alta / baixa	Moderado / alto	Pediatra pode pedir, dirigida
Teste cutâneo de leitura imediate (prick; prick-to- prick com alimento fresco)	IgE nos mastócitos da pele; leitura em 15–20 min	Alta / baixa	Moderado (VPP até cerca de 60%) / alto (até cerca de 95%)	Especialista, com estrutura para anafilaxia
IgE para componentes (Ara h 2, Ana o 3, Cor a 14, ovomucoide, caseína, ômega-5 gliadina, tropomiosina, alfa-gal)	IgE contra proteínas isoladas	Média / alta	Alto / moderado	Especialista
Teste de ativação de basófilos (BAT)	Ativação de basófilos do paciente pelo alérgeno	Alta / alta	Alto / alto	Centros de pesquisa; amendoim e gergelim
Teste de provocação oral (TPO)	Ingestão controlada, doses crescentes	Alta / alta	Alto / alto	Padrão de referência; especialista, ambiente preparado

Por que os componentes ajudam: distinguem sensibilização "verdadeira" de reatividade cruzada. No amendoim, **Ara h 2 e Ara h 6** indicam maior risco de reação e gravidade, enquanto **Ara h 8** (homólogo de pólen) indica reações leves; **ovomucoide** e **caseína** sugerem alergia mais grave e persistente e intolerância às formas assadas; **ômega-5 gliadina** relaciona-se a reações graves ao trigo e anafilaxia com exercício; **tropomiosina**, a reatividade entre crustáceos, ácaros e baratas; **alfa-gal**, a anafilaxia tardia à carne vermelha (ASBAI/SBP 2025; EAACI 2023). No Brasil há plataforma multiplex (ImmunoCAP ISAC) para vários componentes ao mesmo tempo.

Testes sem validação — não pedir (ASBAI/SBP 2025, Tabela 12; NICE CG116, 1.1.18–1.1.19; AEP 2019 e 2023):

TESTE	POR QUE NÃO SERVE
IgG ou IgG4 específica para alimentos (painéis de "intolerância alimentar")	IgG4 indica exposição e tolerância , não alergia nem intolerância; resultados "positivos" para alimentos comuns levam a exclusões sem motivo
Cinesiologia aplicada	Não é melhor do que adivinhação ao acaso
Biorressonância, vega-teste, teste eletrodérmico	Não distingue sensibilizados de não sensibilizados
Análise de cabelo	Não identificou alergia a peixe comprovada por TPO e "achou" outras alergias inexistentes
Teste citotóxico	Sem reprodutibilidade; não detecta alergia comprovada
Iridologia	Sem validade científica
Testes genéticos e de polimorfismos	Nenhum marcador validado para diagnóstico
Patch test (teste de contato) com alimentos	Resultados heterogêneos; não recomendado, exceto na dermatite de contato alérgica a alimentos
Hemoglobina humana nas fezes, calprotectina fecal	Inespecíficos; não confirmam nem afastam APLV, não servem para seguimento

2. Classificação de gravidade

O semáforo aqui orienta **o que fazer com a criança e com o resultado**.

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
 Leve	Exame pedido sem indicação, positivo para alimento que a criança come sem sintomas ; teste negativo com história pouco sugestiva; família pede "exame de alergia" sem história de reação	Não excluir alimento tolerado; explicar sensibilização × alergia; não repetir exames; seguimento pelo pediatra
 Moderada	História compatível com reação imediata + IgE positiva; teste negativo com história muito sugestiva ; criança em dieta restrita por teste sem validade (IgG, biorressonância) ou com exclusões múltiplas e risco nutricional; necessidade de liberar alimento	Encaminhar ao alergista (com prioridade se houve reação sistêmica ou há exclusões múltiplas com prejuízo nutricional); nutricionista; planejar TPO
 Grave	Reação sistêmica durante prick, TPO ou reexposição : urticária generalizada com sintomas respiratórios, estridor, sibilância, hipotensão, vômitos repetidos; vômitos repetidos com palidez e letargia horas após TPO de FPIES	Adrenalina IM imediata na anafilaxia; soro fisiológico na FPIES; observação hospitalar

Fatores que aumentam o risco durante um TPO (ASBA/SBP 2025)

- Reação ao alimento nos últimos 6–12 meses; anafilaxia prévia.

- Asma não controlada ou induzida por exercício; doença febril ou broncodilatador nas 48 h anteriores (adiar o teste).
- Alimentos associados a reações graves (amendoim, castanhas, crustáceos).
- Cofatores (infecção, jejum, inibidor de bomba de prótons, anti-inflamatório, exercício).
- IgE alta para marcadores de gravidade (ovomucoide, caseína, ômega-5 gliadina, proteínas de armazenamento).
- Betabloqueador (suspender, se possível).

3. Diagnóstico no consultório

Quando o pediatra pode pedir IgE específica sérica:

- Reação **imediate** (até 2 h) a um alimento identificado — pedir **para aquele alimento** e coalérgenos prováveis (NICE CG116, 1.1.5).
- Dermatite atópica moderada a grave que não responde ao tratamento adequado **com** história sugestiva de alimento (Dermatite atópica no consultório).
- Antes do encaminhamento, para agilizar a avaliação do alergista.

Quando não pedir:

- Sem história de reação (rastreio), inclusive **antes de introduzir alimentos** no lactente (ASBAI/SBP 2025; ver **Prevenção da alergia alimentar e introdução dos alimentos alergênicos**).
- Proctocolite, enteropatia, cólica, refluxo, constipação — formas não IgE (testes negativos não excluem e positivos confundem).
- Para escolher a dieta na **esofagite eosinofílica** (Consenso SBP/ASBAI 2026, documento do site).
- **Urticária aguda** sem suspeita específica (SBP 2023) e **urticária crônica** (o alimento causa menos de 8% — ASBAI/SBP 2025).
- Painéis com dezenas de alimentos; IgE total como "exame de alergia".
- Antes da vacina de febre amarela em criança sem história de alergia ao ovo (ASBAI/SBP 2025).

Como interpretar (ASBAI/SBP 2025; AAP 2012; EAACI 2023):

1. **Comece pela probabilidade antes do teste:** história típica e reprodutível + teste positivo = alergia provável; história ausente + teste positivo = sensibilização.
2. **Negativo** praticamente afasta a forma IgE mediada; se a história é muito sugestiva, o caso vai ao alergista (TPO ou BAT).

3. **O valor da IgE não mede gravidade:** um valor alto aumenta a chance de reação no TPO, mas não prevê se será leve ou grave (componentes ajudam mais).
4. **Os pontos de corte variam** com idade, alimento, população e método; resultados de **fluoroenzimático e quimioluminescência não são intercambiáveis** (a quimioluminescência tende a dar valores mais altos) — repetir no mesmo laboratório e método.
5. **No seguimento**, queda de pelo menos 50% da IgE específica em 12 meses sugere aquisição de tolerância (ASBAI/SBP 2025).
6. **Prick test:** positivo com pápula de diâmetro médio ≥ 3 mm, com controle positivo (histamina) reagente e controle negativo sem pápula (alguns guias descontam o controle negativo); suspender anti-histamínicos por 5–7 dias; lactentes abaixo de 6 meses podem ter reatividade cutânea reduzida (ASBAI/SBP 2025; AEP 2023).

O TPO (com o alergista — ASBAI/SBP 2025):

- **Aberto** (o mais usado na prática), **simples-cego** ou **duplo-cego controlado por placebo** (referência para pesquisa e casos de interpretação difícil).
- Forma IgE mediada: 4–6 doses crescentes a cada 15–30 min até a porção habitual para a idade; positivo com 3 ou mais urticas, angioedema, sintomas respiratórios, vômitos ou hipotensão.
- FPIES: acesso venoso nos casos graves, doses de 0,06–0,6 g de proteína/kg (máx. 3 g) e observação por pelo menos 4 h (ver **Síndrome da enterocolite induzida por proteína alimentar (FPIES)**).
- Formas não IgE leves: a **reexposição pode ser feita em casa**, sob supervisão dos pais, observando por até 4 semanas.
- Contraindicações relativas: doença febril aguda, broncodilatador nas 48 h anteriores, asma não controlada, doença cardiovascular ou pulmonar grave.

Diagnóstico diferencial que confunde os testes: dermatite atópica com IgE total alta (sensibilização múltipla), síndrome pólen-alimento (Ara h 8, Cor a 1 positivos com sintomas só orais), reatividade cruzada sem relevância clínica (leguminosas, castanhas), urticária viral coincidente.

4. Tratamento e seguimento

O pediatra:

- Pede IgE dirigida, interpreta com a história e **encaminha** quando há reação sistêmica, teste e história discordantes, exclusões múltiplas ou necessidade de liberar alimento.
- **Desfaz dietas sem base:** na criança que chega com dieta restrita por IgG, biorressonância ou painel, avaliar quais alimentos ela já comia sem sintomas (esses voltam); os demais,

reintroduzir com o alergista, sobretudo se houver dermatite atópica ou exclusão prolongada, pelo risco de reação imediata na volta (ASBAI/SBP 2025).

- Avalia crescimento e encaminha à nutricionista nas exclusões.
- Orienta a família sobre **testes vendidos diretamente ao consumidor** e o prejuízo financeiro, nutricional e psicossocial (ASBAI/SBP 2025).

Medicamentos relacionados aos testes:

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Anti-histamínicos H1 (antes do prick ou do TPO)	—	—	Suspender 5–7 dias antes	Interferem na leitura do prick e do TPO (ASBAI/SBP 2025)
Adrenalina IM (1 mg/mL) — reação durante teste	0,01 mg/kg; máx. 0,3 mg na criança e 0,5 mg no adolescente	Repetir em 5–15 min	Até resposta	SBP 2021; Protocolo de Anafilaxia do site
Anti-histamínico H1 de 2ª geração — reação cutânea leve	Conforme idade e bula (doses de Urticária aguda)	Conforme bula	Enquanto houver sintomas	Não substitui a adrenalina (padrão do site)
Soro fisiológico — reação de FPIES no TPO	10–20 mL/kg IV	Repetir conforme reavaliação	—	ASBAI/SBP 2025; ondansetrona conforme o documento de FPIES

Com o especialista: escolha de componentes, TPO diagnóstico e de tolerância (inclusive com assados), seguimento com IgE seriada e decisão de liberar alimentos.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Reação após **reexposição domiciliar** com rouquidão, tosse persistente, chiado, falta de ar, palidez, moleza, sonolência ou vômitos repetidos com urticária (anafilaxia).
- Vômitos repetidos 1–4 h após reintroduzir um alimento, com palidez e letargia (FPIES).
- Reação após **teste feito fora de serviço preparado** (por exemplo, "teste caseiro" de alimento suspeito de causar anafilaxia).

Como encaminhar: adrenalina IM imediata na anafilaxia; posição adequada; oxigênio para manter **SpO2 entre 94% e 98%**; acesso venoso e soro fisiológico 10–20 mL/kg se hipotensão ou FPIES com letargia; SAMU 192; relatório com o alimento, a quantidade, o horário e as doses. Seguir o **Protocolo de Anafilaxia** do site.

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

- "Exame positivo não quer dizer alergia: se seu filho come o alimento sem problema, ele continua comendo."
- "Exames de IgG para 'intolerância alimentar', biorressonância e testes de cabelo não diagnosticam alergia; não corte alimentos por causa deles."
- "Pare o antialérgico 5 a 7 dias antes do teste na pele ou do teste de provocação, se o alergista pedir."
- "O teste de provocação é o exame mais confiável e é feito em serviço preparado; nunca faça 'por conta própria' com alimento que já causou reação forte."
- Retorno com o pediatra após a avaliação do alergista para rever a dieta e o crescimento.
- **Pronto-socorro (SAMU 192)** se, depois de comer um alimento reintroduzido, houver falta de ar, chiado, rouquidão, inchaço na boca, palidez, moleza ou vômitos repetidos — **se houver adrenalina prescrita, aplique primeiro.**

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 (Arq Asma Alerg Imunol 9(1))	PCDT APLV, consulta pública Conitec 04/2022	Sicherer e Wood, Pediatrics 01/2012	CG116, 23/02/2011 (revisada 10/2018)	SEICAP/AEP IgE mediada 2019; SEGHNPAEP 2023	Sem posição específica localizada	Boston Children's, página de TPO (sem data)	Segue o NICE
Indicação	Só com suspeita de forma IgE mediada; dirigida	IgE e prick raramente indicados na APLV	Confirmar gatilho suspeito pela história	Prick ou IgE se suspeita IgE, após história	Prick ou IgE na suspeita IgE	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Quem faz prick	Médico capacitado, ambiente adequado	—	—	Só onde se trata anafilaxia	Especialista	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Componentes e BAT	Úteis em casos complexos; BAT amendoim e gergelim	—	—	—	Componentes para prognóstico	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
TPO	Padrão de referência; ambiente preparado	TPO confirma e testa tolerância	—	Não fazer na atenção primária	Prueba de exposición controlada	Sem posição específica localizada	Hospitalar; observação 60–90 min	Segue o NICE
Testes sem validação	Não: IgG/IgG4, cinesilogia, biorressonância, cabelo	—	—	Não: vega, cinesilogia, cabelo, IgG	Não: IgG/IgG4, patch, calprotectina	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: as referências concordam que **o teste só tem valor dentro da história clínica**, que positivo é sensibilização, que o **TPO é o padrão de referência** e deve ser feito em ambiente

preparado, e que **IgG/IgG4, cinesiologia, biorressonância e análise de cabelo não devem ser usados** (SBP, NICE, AEP; a EAACI 2023 também). As diferenças são de organização: o **NICE** permite ao médico da atenção primária pedir prick ou IgE, mas proíbe TPO e patch test fora do serviço especializado; a **AEP** prefere encaminhar toda suspeita ao alergista; o **Ministério da Saúde** só trata do tema na APLV, considerando IgE e prick raramente necessários. A **SBP (ASBAI/SBP 2025)** detalha componentes e BAT e alerta para a não intercambialidade dos métodos laboratoriais. Johns Hopkins e Harvard não têm documento específico localizado (Boston Children's descreve apenas o preparo do TPO). **O site adota a posição da SBP:** IgE dirigida pelo pediatra quando há suspeita de forma IgE mediada, prick, componentes e TPO com o alergista e nenhum teste sem validação.

PONTOS PRÁTICOS

1. Não peça teste alérgico sem história de reação; positivo sem sintomas é sensibilização.
2. Peça IgE apenas para o alimento suspeito, nunca painéis amplos ou IgE total para diagnosticar alergia alimentar.
3. Não peça nem valorize IgG/IgG4, biorressonância, cinesiologia ou análise de cabelo; desfaça dietas baseadas nesses testes com apoio do alergista e da nutricionista.
4. Nas formas não IgE (proctocolite, enteropatia, FPIES), o diagnóstico é eliminação e reexposição, não exame.
5. TPO é o padrão de referência e é feito pelo especialista em ambiente preparado para anafilaxia.

Veja também, nesta Biblioteca: **Alergia alimentar e alergia à proteína do leite de vaca (APLV)**, **Alergia alimentar IgE mediada — ovo, amendoim, castanhas, trigo, peixes e frutos do mar**, **Prevenção da alergia alimentar e introdução dos alimentos alergênicos e Síndrome da enterocolite induzida por proteína alimentar (FPIES)** (nesta área); **Marcha atópica e reações de hipersensibilidade e Anafilaxia e autoaplicador de adrenalina** (Alergia e Imunologia); **Rinite alérgica, Dermatite atópica no consultório e Urticária aguda** (Patologias do consultório); **Esofagite eosinofílica e disfagia na criança** (Gastroenterologia); **Esofagite eosinofílica — Consenso Brasileiro SBP/ASBAI** (Temas atualizados pela SBP).

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

- 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](#)
- American Academy of Pediatrics. Sicherer SH, Wood RA. Allergy testing in childhood: using allergen-specific IgE tests. Pediatrics, 2012;129(1):193-7. [PubMed](#)
- NICE. CG116 — Food allergy in under 19s: assessment and diagnosis, 2011 (atualização 10/2018). [nice.org.uk](#)
- Santos AF et al. EAACI guidelines on the diagnosis of IgE-mediated food allergy. Allergy, 2023. [PubMed](#)
- AEP/SEICAP. Valdesoiro Navarrete L, Vila Sexto L. Alergia a alimentos mediada por IgE. Protoc diagn ter pediatri, 2019;2:185-94. [PDF](#)
- AEP/SEGHNP. Domínguez Ortega G, Tutau Gómez C, Espín Jaime B. Reacciones adversas a alimentos. Protoc diagn ter pediatri, 2023;1:1-14. [PDF](#)
- Boston Children's Hospital, Allergy and Asthma Program. Food challenge test. [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.