

Doença celíaca na criança e no adolescente

Formas clássica e não clássica, grupos de risco a rastrear, sorologia com IgA total, biópsia ou diagnóstico sem biópsia, dieta sem glúten, seguimento e crise celíaca, segundo SBP, PCDT do Ministério da Saúde 2025 e ESPGHAN 2020

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 doença celíaca é uma enteropatia imunomediada pelo **glúten (trigo, centeio e cevada)**, com prevalência de cerca de **0,9%** na criança (PCDT 2025). Além da **forma clássica** (diarreia crônica, distensão, perda de peso), é comum a **não clássica**: baixa estatura, anemia ferropriva refratária, dor abdominal, constipação, atraso puberal, transaminases elevadas. **Rastreie os sintomáticos e os grupos de risco** (parentes de 1º grau, diabetes tipo 1, tireoidite autoimune, deficiência de IgA, síndromes de Down, Turner e Williams) com **antitransglutaminase IgA (anti-tTG IgA) + IgA total**, sempre **com a criança comendo glúten** — nunca retire o glúten antes de investigar. Sorologia positiva leva ao **gastroenterologista pediátrico** (🟡), que confirma por **biópsia duodenal** ou, em casos selecionados, pelo **diagnóstico sem biópsia da ESPGHAN 2020** (anti-tTG IgA $\geq 10\times$ o limite superior + antiendomísio positivo em 2ª amostra). O tratamento é a **dieta sem glúten por toda a vida**, com nutricionista e leitura de rótulos (Lei 10.674/2003); o pediatra acompanha crescimento, adesão e sorologia (🟢). **Crise celíaca** — diarreia com desidratação grave, distensão, edema, sangramento ou tetania — é **pronto-socorro** (🔴). O glúten é introduzido **a partir dos 6 meses, sem atraso** (SBP 2024).

1. O que é e como se apresenta

Definição: doença crônica do intestino delgado, imunomediada pelo glúten, em predispostos (HLA-DQ2/DQ8), com anticorpos (anti-tTG, antiendomísio — EMA, anti gliadina deaminada — DGP) e atrofia de vilosidades com linfocitose intraepitelial (PCDT 2025; AEP 2023).

Formas clínicas (PCDT 2025; SBP 2024):

- **Clássica (intestinal):** típica entre 6 e 24 meses — diarreia crônica com fezes volumosas e fétidas, distensão, vômitos, hiporexia, perda de peso, atrofia glútea, irritabilidade ou apatia, anemia.
- **Não clássica (extraintestinal):** escolar e adolescente — **baixa estatura** (às vezes o único sinal), **anemia ferropriva refratária**, deficiência de folato ou B12, dor abdominal, constipação, atraso puberal, aftas recorrentes, **defeitos do esmalte**, transaminases elevadas, osteopenia, artralgia, fadiga, epilepsia com calcificações occipitais. **Dermatite herpetiforme:** vesículas pruriginosas em cotovelos, joelhos e nádegas.
- **Assintomática:** achada no rastreamento. **Potencial:** anticorpos positivos com mucosa normal (Marsh 0–1), seguida pelo especialista.

Grupos de risco (rastrear mesmo sem sintomas — SBP 2024; PCDT 2025; ESPGHAN 2020):

- **Parentes de 1º grau** de celíaco (risco de cerca de 10%; AEP 2023).
- **Diabetes tipo 1, tireoidite autoimune** (Hashimoto, Graves), hepatite autoimune e outras doenças autoimunes.
- **Deficiência seletiva de IgA.**
- **Síndrome de Down, síndrome de Turner e síndrome de Williams.**

Não confundir: alergia ao trigo (IgE, sintomas imediatos) e **sensibilidade ao glúten não celíaca** (sorologia e biópsia normais) não são doença celíaca (AEP 2023).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Suspeita oligossintomática ou grupo de risco assintomático, crescendo bem; ou celíaco confirmado em dieta, crescendo, com sorologia em queda	Pediatra pede anti-tTG IgA + IgA total sem retirar o glúten; no confirmado, segue crescimento, adesão e sorologia com especialista e nutricionista
● Moderada	Anti-tTG IgA positivo (qualquer título); sorologia negativa com forte suspeita (má absorção, baixa estatura, anemia sem outra causa); deficiência de IgA com sintomas; celíaco sem resposta à dieta	Encaminhar ao gastroenterologista pediátrico, com prioridade se perda de peso, queda na curva, anemia importante ou lactente; manter o glúten
● Grave	Crise celíaca: desidratação grave ou choque, distensão importante (hipopotassemia), edema (hipoalbuminemia), sangramentos (vitamina K), tetania ou convulsão, letargia	Pronto-socorro/hospital: hidratação venosa, eletrólitos, suporte nutricional, dieta sem glúten (PCDT 2025)

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade entre 6 e 24 meses com forma clássica e diagnóstico tardio (faixa da crise celíaca — PCDT 2025).
- Infecção intestinal intercorrente, desnutrição, vômitos que impedem a hidratação oral.
- Diabetes tipo 1, cardiopatia da síndrome de Down; má adesão ou família sem orientação.

3. Diagnóstico no consultório

O que é clínico: a suspeita — velocidade de crescimento, puberdade, palidez, distensão, glúteos, esmalte, aftas, pele.

Regra de ouro: não retirar o glúten antes de investigar. Sorologia e biópsia só valem com glúten na dieta (SBP 2023; PCDT 2025); o NICE pede glúten em mais de uma refeição por dia

por 6 semanas antes do teste. Se a família já retirou o glúten, encaminhar ao especialista (prova de provocação).

Exames (SBP 2023; PCDT 2025):

SITUAÇÃO	O QUE PEDIR	LEITURA
Toda suspeita e todo grupo de risco	Anti-tTG IgA + IgA total (na mesma coleta)	Anti-tTG IgA negativo com IgA normal torna a doença pouco provável
IgA total baixa (deficiência)	Teste de classe IgG: DGP IgG , EMA IgG ou anti-tTG IgG	Anti-tTG IgA é falso-negativo na deficiência de IgA (2–3% dos celíacos)
Menor de 2 anos	Anti-tTG IgA + IgA total e DGP IgG (PCDT; DGP IgG incorporado ao SUS em 2023)	A SBP (2023) também inclui DGP no menor de 2 anos
Anti-tTG IgA positivo	Não pedir mais exames para "confirmar" nem iniciar dieta: encaminhar	EMA, HLA e biópsia são decisão do especialista

- **HLA-DQ2/DQ8** não é triagem: serve para **afastar** a doença (até 30% da população é positiva — SBP 2023) e não está no SUS (PCDT 2025). "Testes de intolerância alimentar" por IgG não servem.

Confirmação — papel do gastroenterologista pediátrico:

- **Biópsia duodenal por endoscopia** (≥ 6 fragmentos: 4 da 2ª porção e 2 do bulbo — PCDT 2025) é o **padrão-ouro** (SBP 2024; PCDT 2025).
- **Sem biópsia (ESPGHAN 2020): anti-tTG IgA $\geq 10\times$ o limite superior + EMA IgA positivo em 2ª amostra**, com concordância da família; HLA e sintomas não obrigatórios. A **SBP (2024)** a admite como **exceção** compartilhada com a família; a AEP exclui o DM1 assintomático; o **PCDT 2025** mantém a biópsia como regra (dispensa só citada para parentes de 1º grau sintomáticos, ELISA $\geq 10\times$ + EMA).
- **O site segue a SBP:** o pediatra não fecha o diagnóstico nem inicia a dieta pela sorologia; a via é decisão do gastroenterologista pediátrico.

Repetir o rastreamento: no **diabetes tipo 1**, ao diagnóstico e com 2 e 5 anos de doença (**Diabetes tipo 1 — diagnóstico e manejo ambulatorial**, ISPAD 2022); nos demais grupos, SBP e PCDT não definem periodicidade — repetir diante de sintomas (NICE).

Diferencial que não pode passar: APLV e alergia ao trigo, giardíase, fibrose cística, doença inflamatória intestinal (VEO-IBD no lactente), imunodeficiências, baixa oferta alimentar; hipotireoidismo e deficiência de GH na baixa estatura (veja **Diarreia persistente e crônica e síndromes de má absorção**).

4. Tratamento e seguimento

Dieta sem glúten por toda a vida é o único tratamento (SBP 2024; PCDT 2025), mesmo na forma assintomática.

- **Excluir:** trigo, centeio, cevada, malte, espelta e derivados. Arroz, milho, mandioca, batata, quinoa, carnes, ovos, leite, feijões, frutas e verduras são naturalmente sem glúten.
- **Aveia:** só a certificada sem glúten, com cautela e monitoramento, pela contaminação frequente (SBP 2024).
- **Rótulos:** a **Lei 10.674/2003** obriga os alimentos industrializados a informar "contém glúten" ou "não contém glúten"; a lei não fixa limite de ppm (SBP 2024). Ler o rótulo a cada compra; embutidos e granel são armadilhas. Medicamentos com glúten trazem advertência (RDC 137/2003).
- **Contaminação cruzada:** lavar utensílios com água e sabão basta; separar óleo de fritura e alimentos de passar (SBP 2024).
- **Escola:** merenda sem glúten com declaração médica (Lei 12.982/2014), sem isolar a criança (SBP 2024).
- **Nutricionista** em todos os casos: educação, fibras, cálcio, ferro, e alerta para ultraprocessados sem glúten ricos em açúcar e gordura (SBP 2024; PCDT 2025).
- **Lactose:** restringir só com sintomas; a intolerância é transitória (SBP 2024; PCDT 2025).

Deficiências nutricionais — doses:

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Ferro elementar oral (anemia ferropriva confirmada)	3–6 mg/kg/dia	1 vez ao dia ou fracionado	3–6 meses ou até repor os estoques (Manual SBP 2024: 6 meses na celíaca)	SBP 2026 (Diretriz nº 32), como no documento Anemia ferropriva ; com a dieta sem glúten
Vitamina B12 (cianocobalamina) oral	1.000 mcg/dia	1 vez ao dia	Até normalizar	SBP 2024; deficiência grave ou sintomas neurológicos: via injetável, com o especialista
Vitamina D e cálcio	Conforme deficiência	—	—	Conduta do documento Cálcio, vitamina D e raquitismo do site; dosar 25(OH)D, cálcio, fósforo e fosfatase alcalina ao diagnóstico (SBP 2024)

Não usar: dieta sem glúten "de prova" antes do diagnóstico, ou sem doença celíaca confirmada (sem benefício — PCDT 2025); probióticos como tratamento (SBP 2024); corticoide fora do

hospital.

Exames ao diagnóstico (PCDT 2025; SBP 2024): hemograma, ferritina, vitamina B12, folato, glicemia de jejum, TSH e T4 livre, TGO e TGP, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina e 25(OH)D.

Densitometria óssea: o Manual SBP 2024 recomenda avaliar a massa óssea ao diagnóstico, e o PCDT a inclui; a ESPGHAN não a indica de rotina na criança. O site segue a SBP.

Transaminases que não normalizam com a dieta: investigar hepatite autoimune.

Seguimento (o pediatra junto com o especialista e o nutricionista):

- Consultas **a cada 3–6 meses no 1º ano e anuais** depois da estabilização (PCDT 2025; a SBP não define frequência — segue-se o MS).
- **Anti-tTG IgA:** aos 3, 6 e 12 meses de dieta e depois anualmente; deve cair progressivamente. **Título que não cai ou volta a subir** sugere transgressão ou contaminação (PCDT 2025). A sorologia isolada não prova adesão total (NICE).
- Em cada consulta: crescimento, puberdade, sintomas, dieta; hemograma e ferritina conforme o caso; TSH periódico.
- **Biópsia de controle não é rotina** (PCDT 2025); é decisão do especialista se sintomas ou anticorpos persistem apesar de boa adesão.
- **Sem resposta à dieta:** revisar adesão (causa mais comum), depois intolerância à lactose, supercrescimento bacteriano, constipação (NICE; PCDT) — encaminhar (🟡).
- **Família:** anti-tTG IgA + IgA total para **pais e irmãos**, mesmo assintomáticos.
- **Adolescente:** risco de abandono; preparar a transição; grupos de apoio ajudam (PCDT 2025).
- **Vacinas:** a doença celíaca **não contraindica nenhuma vacina**, inclusive as vivas; na síndrome de Down, siga **Vacinação da criança e do adolescente com síndrome de Down**.

Prevenção — introdução do glúten no lactente: o glúten pode ser introduzido **a partir do 6º mês**, junto com os demais alimentos, **sem atrasar**, inclusive em filhos de celíacos: não há associação clara entre a época de introdução e o risco (SBP, GPA nº 162/2024). A ESPGHAN (2016) admite 4 a 12 meses, sem grandes quantidades no início; o aleitamento não reduz o risco. O site segue a SBP.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Crise celíaca** ou suspeita: **desidratação grave** ou choque, **distensão acentuada** (hipopotassemia), **edema**, desnutrição grave.
- **Sangramento** (deficiência de vitamina K); **tetania**, convulsão ou arritmia (hipocalcemia, hipomagnesemia).
- Letargia, hipoglicemia, vômitos incoercíveis; diabetes tipo 1 com hipoglicemias repetidas.

Como encaminhar

1. **Glicemia capilar** na criança letárgica; avaliar perfusão.
2. **Desidratação grave ou choque: Plano C** do documento **Diarreia aguda e desidratação** (venosa se houver acesso; senão, SRO por boca ou sonda até o transporte; esquema próprio no desnutrido grave).
3. **Oxigênio** para manter **SpO2 94–98%** no encaminhamento; decúbito lateral se vomitar. Convulsão: protocolo do site (≥ 5 minutos = estado de mal).
4. **SAMU (192)** em choque, convulsão ou rebaixamento de consciência; contato prévio com o destino.
5. **Relatório:** curva de crescimento, sintomas e relação com o glúten, sorologias, adesão à dieta. Sem diagnóstico prévio, a sorologia é colhida no hospital antes da dieta.

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

- "Não tire o glúten antes de terminar os exames: sem glúten na dieta, o exame de sangue e a biópsia podem dar resultado falso."
- "Confirmada a doença, a dieta sem glúten é para a vida toda. Pequenas quantidades repetidas já fazem mal, mesmo sem sintomas."
- "Leia o rótulo de todo alimento industrializado, sempre, à procura de 'contém glúten'. Na dúvida, não ofereça."
- "Avise a escola: a merenda sem glúten é um direito. Pais e irmãos devem fazer o exame de sangue."
- **Procurar o pronto-socorro se houver:** diarreia muito intensa com sinais de desidratação (boca seca, pouca urina, olhos fundos, criança muito sonolenta ou irritada), barriga muito inchada e endurecida, inchaço nas pernas ou no rosto, sangramentos ou manchas roxas, câimbras ou mãos "travadas", convulsão, vômitos que não param.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Quem rastrear	Sintomáticos, parentes, DM1, autoimunes, Down, Turner, Williams	Idem, mais deficiência de IgA	Down: só se sintomático (2022)	DM1, tireoide, parentes; considerar Down e Turner	Lista da ESPGHAN 2020	Sem posição específica localizada	Pais e irmãos	Segue o NICE; Cambridge testa parentes
Exame inicial	Anti-tTG IgA + IgA total	Idem; EMA não recomendado	Idem	Idem; IgG se deficiência	Anti-tTG IgA	Sem posição específica localizada	Idem	Segue o NICE
Menor de 2 anos	Incluir DGP	DGP IgG	Sem posição específica localizada	Sem distinção	DGP na deficiência de IgA	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Sem biópsia	Exceção ($\geq 10\times$ + EMA)	Biópsia como regra	Sem posição específica localizada	Especialista decide	Aceita; exclui DM1 assintomático	Sem posição específica localizada	Sorologia e endoscopia	Cambridge aceita
Seguimento	Nutricionista; densitometria	3–6 meses no 1º ano, depois anual	Sem posição específica localizada	Revisão anual	ESPGHAN 2022	Sem posição específica localizada	2, 6 e 12 meses, depois anual	Cambridge: 3 e 9 meses, depois anual
Glúten no lactente	A partir de 6 meses	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Não testar antes	Época sem relação clara	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: há convergência sobre o exame inicial (**anti-tTG IgA com IgA total**, com glúten na dieta), os grupos de risco, a dieta por toda a vida com nutricionista e o seguimento sorológico. Divergências: (1) **sem biópsia** — ESPGHAN 2020, AEP e Cambridge aceitam ($\geq 10\times$ + EMA); a SBP como exceção do especialista; o PCDT mantém a biópsia como regra. (2) **DGP IgG no menor de 2 anos:** o PCDT e a SBP o incluem, e a ESPGHAN 2020 o desaconselha como teste inicial. (3) **Síndrome de Down:** a AAP 2022 testa só a criança sintomática, enquanto SBP, PCDT, NICE e AEP incluem a síndrome entre os grupos de rastreamento. (4) **Densitometria:** recomendada pela SBP e pelo PCDT ao diagnóstico, não de rotina pela ESPGHAN. **O site adota a SBP:** rastrear os grupos de risco (inclusive Down) sem sintomas, encaminhar toda sorologia positiva ao gastroenterologista pediátrico e introduzir o glúten a partir de 6 meses; onde a SBP é omissa (frequência do seguimento), segue o PCDT.

PONTOS PRÁTICOS

1. Pense em doença celíaca na baixa estatura, na anemia refratária ao ferro, na dor abdominal e nas transaminases elevadas — não só na diarreia.
2. Peça sempre anti-tTG IgA **com IgA total**, e nunca retire o glúten antes do diagnóstico.
3. Rastreie parentes de 1º grau, diabetes tipo 1, tireoidite, deficiência de IgA e síndromes de Down, Turner e Williams, mesmo sem sintomas.
4. Sorologia positiva vai ao gastroenterologista pediátrico: biópsia ou diagnóstico sem biópsia ($\geq 10\times$ + EMA) é decisão dele, com a família.
5. Dieta sem glúten para a vida toda, com nutricionista, leitura de rótulos e anti-tTG IgA em 3, 6 e 12 meses e depois anual.
6. Diarreia com desidratação, distensão, edema, sangramento ou tetania: crise celíaca, pronto-socorro.

Veja também, nesta Biblioteca: **Diarreia persistente e crônica e síndromes de má absorção** (nesta área); **Anemia ferropriva, Dor abdominal crônica e distúrbios funcionais e Baixa estatura** (Patologias do consultório); **Diabetes tipo 1 — diagnóstico e manejo ambulatorial** (Endocrinologia); **Vacinação da criança e do adolescente com síndrome de Down** (Imunizações).

8. Fontes

- Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Celíaca — Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 8, de 23 de junho de 2025. gov.br/saude
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamentos de Gastroenterologia e de Hepatologia. Exames complementares mais comuns na prática clínica da Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas (Guia Prático de Atualização nº 45), 2023. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Aspectos Nutricionais em Situações Especiais na Infância e Adolescência — capítulo 8, Alimentação da criança celíaca, 2024. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Alimentação complementar para o lactente saudável (Guia Prático de Atualização nº 162), 2024. [PDF](#)
- Husby S et al. European Society Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Guidelines for Diagnosing Coeliac Disease 2020. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2020. [Europe PMC](#)
- Szajewska H et al. Gluten Introduction and the Risk of Coeliac Disease — ESPGHAN Position Paper. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2016. [Europe PMC](#)

- National Institute for Health and Care Excellence. Coeliac disease — recognition, assessment and management (NG20), 2015. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- Asociación Española de Pediatría / SEGHN. Donat Aliaga E, Polanco Allué I, Ribes-Koninckx C. Trastornos asociados al gluten. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2023. [PDF](#)
- American Academy of Pediatrics. Bull MJ et al. Health Supervision for Children and Adolescents With Down Syndrome. Pediatrics, 2022. [PDF](#)
- Boston Children's Hospital (Harvard). Celiac Disease Program — New patient guide to care, 2022. [PDF](#)
- Cambridge University Hospitals (Addenbrooke's). Coeliac disease information for those attending the paediatric coeliac disease clinic, 2023. cuh.nhs.uk

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.