

Intolerância à lactose, má absorção de frutose e dietas de exclusão na criança

Como separar intolerância à lactose de alergia ao leite, os limites do teste do hidrogênio e do teste genético, reduzir em vez de excluir, cálcio e vitamina D, frutose, sorbitol e FODMAP e os riscos das dietas restritivas sem indicação, segundo SBP, PCDT da doença celíaca 2025, AAP e AEP

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

Intolerância à lactose não é alergia ao leite: é deficiência da enzima lactase, sem mecanismo imune e sem risco de anafilaxia; a APLV é reação às **proteínas** do leite e não se trata com produto "sem lactose". A **hipolactasia primária** é genética, frequente no Brasil e **incomum antes de 2 a 3 anos** (AAP 2006); sintomas antes dessa idade pedem outra causa. A **secundária** acompanha lesão da mucosa (gastroenterite, giardíase, doença celíaca) e é transitória: **na diarreia aguda tratada em casa não se troca para fórmula sem lactose** (SBP 2017). O diagnóstico é **clínico, com prova terapêutica e reintrodução**; teste do hidrogênio e teste genético têm limites. A conduta é **reduzir, não excluir** — porções menores com refeições, iogurte, queijos, laticínios sem lactose ou lactase —, mantendo **cálcio pela ingestão recomendada e vitamina D** (SBP). Dietas de exclusão sem indicação, inclusive "sem glúten" sem doença celíaca, prejudicam crescimento, ossos e a relação com a comida. Quase tudo é  no consultório; **desidratação, lactente com diarreia desde as primeiras mamadas ou hipoglicemia após frutas são .**

1. O que é e como se apresenta

Mecanismo: a lactose não digerida chega ao cólon, atrai água e é fermentada: **distensão, flatulência, cólica, fezes amolecidas e ácidas, assadura perianal**, 30 minutos a 2 horas após a ingestão, com apetite e crescimento preservados. Os sintomas dependem da **dose** (um copo de 240 mL de leite tem cerca de 12 g de lactose; 1 litro, cerca de 40 g), do alimento e da microbiota (SBP 2023; AAP 2006). **Má absorção sem sintomas não é intolerância** e não exige dieta (SBP 2023; AEP 2023).

Intolerância à lactose × APLV

	INTOLERÂNCIA À LACTOSE	APLV
Mecanismo	Deficiência de lactase	Imunológico (IgE ou não IgE)
Idade típica	Escolar e adolescente	Primeiro ano de vida
Quantidade	Dose-dependente	Pequenas quantidades bastam
Quadro	Gases, distensão, diarreia osmótica	Urticária, vômitos, anafilaxia; sangue nas fezes
Produto "sem lactose"	Útil	Não serve (mantém a proteína)

Tipos (AAP 2006; AEP 2023):

- **Primária (tipo adulto):** queda programada da lactase, em geral **após 3 a 5 anos**; mais comum em ascendência africana, indígena, asiática e hispânica (AAP 2006). Antes de 2 a 3 anos, procurar outra causa.
- **Secundária:** lesão da borda em escova — gastroenterite, giardíase, doença celíaca (reverte em cerca de 2 meses de dieta sem glúten — PCDT 2025), APLV, DII, sobrecrecimento bacteriano, desnutrição. **Transitória:** tratar a causa.
- **Do prematuro:** abaixo de 34 semanas; melhora com a maturação.
- **Deficiência congênita de lactase: extremamente rara**, autossômica recessiva; diarreia aquosa grave **desde as primeiras mamadas**, com desidratação. Dieta sem lactose por toda a vida.

Frutose e sorbitol: a absorção de frutose é limitada, varia entre indivíduos, amadurece por volta dos 10 anos e piora quando a frutose excede a glicose e com **sorbitol** (AEP 2023). Fontes: **sucos** (maçã, pera, uva), refrigerantes, xarope de milho, mel, balas "diet". É causa típica da diarreia crônica inespecífica do pré-escolar que bebe muito suco. Não confundir com a **intolerância hereditária à frutose** (deficiência de aldolase B): vômitos, **hipoglicemia**, letargia e hepatomegalia após frutas, sacarose ou sorbitol — urgência e contraindicação ao teste com frutose (SBP 2023).

FODMAP são carboidratos fermentáveis (frutanos, galacto-oligossacarídeos, lactose, frutose em excesso, polióis) de trigo, leguminosas, frutas, laticínios e adoçantes; os sintomas refletem a **hipersensibilidade visceral** dos distúrbios funcionais, não alergia (SBP 2024).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Escolar ou adolescente com sintomas ligados ao leite; diarreia transitória após gastroenterite; excesso de suco; crescimento normal, sem sinais de alarme, hidratado	Pediatra: diário alimentar, prova terapêutica com reintrodução, reduzir sem excluir, cálcio e vitamina D, corrigir sucos
● Moderada	Sintomas antes de 2–3 anos sem causa evidente; diarreia > 14 dias ; queda na curva; sangue nas fezes, diarreia noturna, anemia; suspeita de celíaca, DII ou giardíase persistente; falha da prova; várias exclusões já feitas ou suspeita de TARE; desidratação com plano B	Investigar causa secundária; encaminhar ao gastroenterologista pediátrico (com prioridade se o crescimento estiver comprometido); nutricionista; plano B sob observação
● Grave	Desidratação grave ou choque; lactente pequeno com diarreia aquosa desde as primeiras mamadas e desidratação ou acidose; hipoglicemia, letargia ou vômitos após frutas ou açúcar ; desnutrição grave	Pronto-socorro ou hospital: estabilizar, hidratação venosa, glicemia capilar

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 6 meses, prematuridade, desnutrição; diarreia volumosa com vômitos.
- Doença de base (celíaca, DII, imunodeficiência, quimioterapia).
- Dieta restritiva prolongada sem acompanhamento; seletividade alimentar, TEA, ansiedade familiar em torno da comida (risco de TARE).

3. Diagnóstico no consultório

É clínico. Diário alimentar e de sintomas por 1–2 semanas (leite e derivados, sucos, balas "sem açúcar", escala de Bristol), crescimento, história familiar e étnica; exame com curva de peso e estatura.

Prova terapêutica (AAP 2006; AEP 2023): reduzir a lactose por **2 semanas** e **reintroduzir**. Melhora com a retirada e retorno com a reintrodução confirmam; sem melhora, suspender a dieta. Toda exclusão diagnóstica tem prazo e termina em reintrodução.

EXAME	USO E TÉCNICA	LIMITES
Hidrogênio (e metano) expirado com lactose	Dúvida diagnóstica. Lactose 1 g/kg, máx. 50 g (SBP 2023; AAP 2006: 2 g/kg, máx. 25 g); positivo se H ₂ sobe > 20 ppm e/ou metano > 10 ppm; jejum 8–12 h (lactente 4–6 h); suspender antibiótico, laxante e probiótico 4 semanas antes	Cerca de 20% não produzem hidrogênio; registrar sintomas — má absorção sem sintomas não exige exclusão (SBP 2023)
Genético (LCT -13910 C/T)	Prediz persistência da lactase	Não significa intolerância , não diz quando a lactase cai, não detecta a forma secundária; outras variantes em ascendência africana. Não é rotina (SBP 2023; AEP 2023)
pH fecal e substâncias redutoras	Lactente com fezes líquidas e frescas	pH ≤ 5 sugere má absorção; triagem inespecífica (SBP 2023)
Hidrogênio com frutose	Raramente útil; 0,5 g/kg, máx. 25 g	Nunca na suspeita de intolerância hereditária ; não prediz resposta à dieta (SBP 2023; AEP 2023)
Causa secundária	Alarme ou idade < 2–3 anos	Hemograma, ferritina, antitransglutaminase IgA com IgA total em dieta com glúten , parasitológico, calprotectina conforme o quadro

Diagnóstico diferencial que não pode passar: APLV, **doença celíaca**, giardíase, DII, **constipação com escape fecal**, sobrecrecimento bacteriano, distúrbios funcionais,

intolerância hereditária à frutose, deficiência de sacarase-isomaltase, má absorção de glicose-galactose (neonatal).

4. Tratamento e seguimento

Reduzir, não excluir (SBP Nutrologia; AAP 2006; AEP 2023):

- **Primária:** achar o limiar individual. A maioria tolera **pequenas porções de leite** fracionadas e com refeições; **iogurte** e **queijos curados** são bem tolerados; usar laticínios **sem lactose ou com baixo teor** (Anvisa: "isento" ≤ 100 mg/100 g ou mL; "baixo teor" até 1 g/100 g ou mL) ou **lactase**. Laticínios seguem como fonte principal de cálcio.
- **Secundária:** tratar a causa. **Na diarreia aguda em casa, manter aleitamento e alimentação habitual, sem fórmula sem lactose e sem diluir a fórmula** (SBP 2017; documento Diarreia aguda). Fórmula sem lactose só no lactente **hospitalizado** ou com **diarreia persistente** (SBP 2017), por tempo limitado e com reintrodução.
- **Prematuro:** manter leite materno ou fórmula com lactose. **Congênita:** fórmula sem lactose por toda a vida, com o especialista.
- **Bebidas vegetais** (arroz, aveia, amêndoa, coco) **não substituem o leite** na criança pequena; bebida de arroz não antes de 5 anos (Cambridge). Leite de cabra contém lactose.
- **Frutose e sorbitol:** **sem suco até 2 anos** (fruta inteira — padrão do site); depois, limitar sucos, refrigerantes e balas com polióis; restringir frutose só com sintomas e por tempo limitado (AEP 2023).

Cálcio — ingestão recomendada (SBP, Nutrologia, DRI): 0–6 meses 200 mg/dia; 6–12 meses 260; 1–3 anos 700; 4–8 anos 1.000; 9–18 anos 1.300. Um copo de leite ou iogurte tem cerca de 250–300 mg; o leite sem lactose tem o mesmo cálcio.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Lactase	Conforme o rótulo, pela quantidade de lactose	Imediatamente antes da refeição (ou no leite)	Enquanto útil	Sem dose pediátrica padronizada (AAP 2006; AEP 2023)
Cálcio elementar (carbonato ou citrato)	Só a diferença entre a ingestão e a DRI da idade	Fracionado, com as refeições	Enquanto a dieta não suprir	SBP (DRI); AAP 2006; citrato se usar inibidor de bomba
Colecalciferol	400 UI/dia no 1º ano; 600 UI/dia de 1 a 18 anos	1x/dia	Contínuo	SBP 2024 (padrão do site)
Soro de reidratação oral	Planos A e B	Após cada evacuação (plano A)	Até a resolução	MS/SBP — documento Diarreia aguda

O que não fazer: usar "sem lactose" para APLV ou cólica; excluir todos os laticínios sem prova terapêutica; pedir teste genético ou IgG alimentar (sem validade); prescrever probiótico como tratamento (evidência insuficiente — AEP 2023).

Dieta pobre em FODMAP na dor abdominal funcional — só com nutricionista, por tempo limitado e com reintrodução. O Manual da SBP (2024) descreve restrição por 4 semanas, suspensão se não houver melhora e reintrodução de um grupo por semana, alertando para o crescimento; o Guia de exames da SBP (2023) registra que não há evidência de melhora clínica relevante na criança; a ESPGHAN/NASPGHAN 2025 (Groen) **não sugere** dieta estrita pobre em FODMAP, restrita em frutanos ou em frutose (evidência insuficiente). Primeiro vêm explicação, tratamento da constipação, fibras e abordagem biopsicossocial.

Riscos das dietas de exclusão sem indicação:

- **Crescimento:** menos energia e proteína.
- **Ossos:** menos cálcio e vitamina D; a lactose favorece a absorção de cálcio (AAP 2006). Também ferro, B12 e fibras, conforme o grupo excluído.
- **Relação com a comida:** medo de comer, seletividade, ansiedade familiar e **TARE (transtorno alimentar restritivo/evitativo)**.
- **"Sem glúten" sem celíaca:** negativa a sorologia e atrasa o diagnóstico; **não há comprovação de que o glúten faça mal a quem não tem doença celíaca** (PCDT 2025). Investigar sempre em dieta com glúten.

Seguimento: sintomas, peso, estatura e ingestão de cálcio; reintroduções periódicas; revisar toda dieta restritiva a cada consulta.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Desidratação grave ou choque** (plano C) ou falha do plano B.
- Lactente pequeno com **diarreia aquosa intensa desde as primeiras mamadas**, perda de peso, desidratação ou acidose.
- **Hipoglicemia, letargia, vômitos incoercíveis, hepatomegalia ou icterícia** após frutas, sacarose ou sorbitol.
- **Desnutrição grave** ou distúrbio hidroeletrólítico.

Como encaminhar

1. Avaliar hidratação pelos planos do MS/SBP; SRO se aceitar e não houver choque.
2. **Glicemia capilar** se letargia; hipoglicemia: glicose IV 0,5–1 g/kg a partir de 1 mês (SG 10% 5–10 mL/kg); RN: SG 10% 2 mL/kg (MS, SAMU 192). **Suspender frutose, sacarose e sorbitol.**

3. Acesso venoso e hidratação do plano C no choque; oxigênio para manter SpO₂ 94–98% se necessário.
4. SAMU (192) se choque ou alteração de consciência; contato prévio com o serviço.
5. **Relatório:** dieta e fórmula, relação com alimentos, pesos, perdas, glicemia e medidas feitas.

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

- "Intolerância à lactose não é alergia: seu filho pode comer leite em porções menores, iogurte, queijos ou produtos sem lactose."
- "Depois de uma diarreia, não precisa trocar o leite."
- "Leite sem lactose tem o mesmo cálcio; bebidas vegetais não substituem o leite na criança pequena."
- "Não tire alimentos da dieta por conta própria, nem o glúten."
- "Suco não é necessário; ofereça a fruta inteira e água."
- **Procurar o pronto-socorro se houver:** boca seca, pouca urina, olhos fundos, sonolência; vômitos que não param; sangue nas fezes; bebê com diarreia forte desde as primeiras mamadas; criança mole, pálida e suada após frutas ou doces.
- **Retornar ao pediatra se houver:** perda de peso, diarreia por mais de 2 semanas, medo de comer ou dieta cada vez mais restrita.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Idade e tipos	Primária após 2–3 anos; secundária transitória	Celíaca: intolerância temporária (PCDT 2025)	Primária incomum antes de 2–3 anos	Sem diretriz específica localizada	Primária rara antes de 3 anos	Sem posição específica localizada	Criança pequena: geralmente secundária	Cambridge: primária e secundária
Diagnóstico	Clínico; H2 1 g/kg (máx. 50 g); genético com cautela	Sem posição específica localizada	Exclusão e reintrodução; H2 2 g/kg (máx. 25 g)	Sem diretriz específica localizada	Clínico; H2; genético como apoio	Sem posição específica localizada	Hidrogênio; acidez fecal	Segue o NICE
Após gastroenterite	Sem fórmula sem lactose no ambulatorio	Manter alimentação habitual	Em geral não excluir lactose	Leite pleno após reidratar (CG84)	Sem lactose se diagnosticada ou desnutrição	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Cambridge: sem lactose 2–4 semanas
Tratamento	Reduzir; iogurte, queijos, sem lactose	Rotulagem de lactose (Anvisa)	Reduzir; lactose; excluir raramente	Sem diretriz específica localizada	Reduzir; lactose; sem lactose	Sem posição específica localizada	Limitar; lactase	Cambridge: reintrodução em escada
Cálcio	DRI 700 / 1.000 / 1.300 mg	Sem posição específica localizada	DRI; suplementar se excluir	Sem diretriz específica localizada	800 mg (menores); 1.200 mg (maiores)	Sem posição específica localizada	Fontes alternativas	Cambridge: outras fontes
FODMAP e glúten	FODMAP 4 semanas supervisionada; evi- dência fraca	Glúten só com diagnóstico	Sem posição específica localizada	Sem diretriz pediátrica	Frutose restrita só com sintomas	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: há convergência em que a intolerância à lactose é dose-dependente, rara antes de 2–3 anos, de diagnóstico clínico e tratada com redução, preservando o cálcio. As divergências estão na **forma secundária** — SBP (2017), AAP (2006) e NICE (CG84) mantêm o leite após a gastroenterite ambulatorial; a AEP (2023) retira a lactose por 4–6 semanas nos casos diagnosticados e Cambridge orienta 2–4 semanas —, na **dose do teste do hidrogênio** (SBP 1 g/kg até 50 g; AAP 2 g/kg até 25 g), nas **metas de cálcio** (SBP pelas DRI; AEP 800 e 1.200 mg) e na **dieta pobre em FODMAP** (descrita pelo Manual da SBP 2024; sem benefício relevante pelo Guia SBP 2023; não sugerida pela ESPGHAN/NASPGHAN 2025). O site adota a posição da SBP: reduzir sem excluir, sem fórmula sem lactose na diarreia ambulatorial, cálcio pelas DRI, FODMAP só com nutricionista e por tempo limitado; para o glúten, o PCDT do Ministério da Saúde (2025).

PONTOS PRÁTICOS

1. Intolerância à lactose é enzimática e dose-dependente; APLV é imunológica e não se trata com "sem lactose".
2. Sintomas antes de 2–3 anos, perda de peso, sangue nas fezes ou diarreia > 14 dias: procurar causa secundária.
3. Prova terapêutica de 2 semanas com reintrodução; teste do hidrogênio e genético só na dúvida e com seus limites.
4. Reduzir, não excluir; cálcio pelas DRI e vitamina D 400/600 UI.
5. Na diarreia aguda tratada em casa, manter o leite habitual; sem suco até 2 anos.
6. Nenhuma exclusão sem indicação, prazo e reintrodução; glúten só sai após o diagnóstico de doença celíaca.

Veja também, nesta Biblioteca: **Alergia à proteína do leite de vaca**, **Diarreia aguda e desidratação**, **Dor abdominal crônica e distúrbios funcionais** e **A criança que não come (dificuldades alimentares)** (Patologias do consultório); **Alergia Alimentar e APLV** (Alergia e Imunologia); **Diarreia persistente e crônica e síndromes de má absorção** e **Doença celíaca na criança e no adolescente** (nesta área); **Eixo cérebro-intestino e nutrição** (Temas atualizados pela SBP); **Transtornos alimentares — anorexia, bulimia, compulsão alimentar e TARE (ARFID)** (Saúde mental); **Cálcio, vitamina D e raquitismo** (Endocrinologia).

8. Fontes

- SBP, Gastroenterologia e Hepatologia. Exames complementares mais comuns na Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas (GPA nº 45), 2023. [PDF](#)
- SBP, Gastroenterologia. Diarreia aguda (GPA nº 1), 2017. [PDF](#)
- SBP. Manual de Aspectos Nutricionais em Situações Especiais na Infância e Adolescência, 2024. [PDF](#)
- SBP, Nutrologia. Manual de Orientação — alimentação do lactente ao adolescente (DRI de cálcio), 2012. [PDF](#)
- SBP, Nutrologia. Intolerância à lactose (perguntas e respostas), 2016. sbp.com.br
- Ministério da Saúde. PCDT da Doença Celíaca (Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 8), 2025. gov.br
- Anvisa. Perguntas e respostas — Rotulagem de lactose, 2ª ed., 2024. [PDF](#)
- AAP, Committee on Nutrition. Lactose intolerance in infants, children, and adolescents. Pediatrics, 2006. [PDF](#)

- NICE. Diarrhoea and vomiting caused by gastroenteritis in under 5s (CG84). [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- AEP. Trastornos de la digestión y absorción de hidratos de carbono (Protocolos SEGHNP), 2023. [PDF](#)
- ESPGHAN. Position paper on the use of breath testing in paediatric gastroenterology, 2022. europepmc.org
- ESPGHAN/NASPGHAN. Groen J et al. Guidelines for treatment of IBS and functional abdominal pain in children aged 4–18 years, 2025. [PMC](#)
- Boston Children's Hospital. Lactose intolerance. childrenshospital.org
- Cambridge University Hospitals NHS. Lactose intolerance in children and young people, 2026. 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.