

Alergia à proteína do leite de vaca

Formas IgE mediadas e não IgE mediadas (proctocolite, enterocolite, enteropatia), diagnóstico por exclusão e provocação oral, dieta materna, escolha da fórmula e reintrodução sem superdiagnóstico

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

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

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
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 alergia à proteína do leite de vaca (APLV) é a alergia alimentar mais comum no lactente, porém é **superdiagnosticada**: a prevalência confirmada por provocação é inferior a 1%, e cólica, regurgitação, constipação, alteração das fezes ou raias ocasionais de sangue são comuns em lactentes saudáveis (ESPGHAN 2024). As formas **IgE mediadas** surgem em minutos a 2 horas (urticária, angioedema, vômitos, sibilância, anafilaxia); as **não IgE mediadas** são tardias — proctocolite alérgica, enteropatia, enterocolite induzida por proteína alimentar (FPIES) e sintomas digestivos inespecíficos. O diagnóstico é feito por **dieta de exclusão diagnóstica de 2 a 4 semanas seguida de reintrodução ou teste de provocação oral** — sem a reintrodução, não há diagnóstico. No aleitamento materno, **manter a amamentação**; excluir leite da dieta materna apenas se houver sintomas no lactente, com suplemento de cálcio e vitamina D. No lactente que usa fórmula, a primeira escolha é a **fórmula extensamente hidrolisada**; a de aminoácidos fica para casos graves ou falha. A maioria é acompanhada no consultório (🟢/🟡) com reavaliação da tolerância a cada 6–12 meses. **Anafilaxia, choque ou letargia na FPIES aguda, sangramento com anemia e falha de crescimento importante exigem pronto-socorro ou especialista (🔴).**

Veja também, nesta Biblioteca: Alergia Alimentar e APLV (Alergia e Imunologia).

1. O que é e como se apresenta

- **Definição:** reação imunológica reprodutível às proteínas do leite de vaca (caseínas e proteínas do soro). **Não confundir com intolerância à lactose**, que é deficiência enzimática, rara no lactente e sem mecanismo imune.
- **Epidemiologia:** início quase sempre no primeiro ano de vida, frequentemente com a introdução de fórmula; rara em lactentes em aleitamento materno exclusivo (ESPGHAN 2024). A maioria desenvolve tolerância: as formas não IgE costumam resolver até 1–3 anos; as IgE mediadas tendem a persistir mais.
- **Formas clínicas:**
 - **IgE mediada (imediate, até 2 h):** urticária, angioedema, eritema perioral, vômitos imediatos, tosse, sibilância, estridor, rouquidão, hipotensão — **anafilaxia**.
 - **Proctocolite alérgica induzida por proteína alimentar:** lactente de bom aspecto, em geral amamentado, com raias de sangue e muco nas fezes, sem repercussão sistêmica; frequentemente autolimitada.
 - **Enteropatia induzida por proteína alimentar:** diarreia crônica, má absorção, distensão e baixo ganho de peso.

- **FPIES aguda: vômitos repetidos e incoercíveis 1–4 h após a ingestão**, palidez, hipotonia, letargia, às vezes diarreia, hipotermia e choque hipovolêmico — pode simular sepse. **FPIES crônica:** vômitos intermitentes, diarreia e falha de crescimento com ingestão regular.
- **Outras (mistas ou não IgE):** refluxo gastroesofágico refratário, constipação refratária, cólica intensa persistente, dermatite atópica moderada a grave, esofagite eosinofílica.
- **Suspeitar mais** quando os sintomas são múltiplos, persistentes, graves ou resistentes ao tratamento habitual, e há história pessoal ou familiar de atopia (iMAP 2019).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Proctocolite em lactente com bom estado e bom ganho de peso; sintomas digestivos ou cutâneos leves a moderados, sem repercussão no crescimento; urticária isolada leve ao contato ou à ingestão	Exclusão diagnóstica de 2–4 semanas e reintrodução (em casa nas formas não IgE leves); manter aleitamento; retorno em 2–4 semanas
● Moderada	Sintomas digestivos persistentes com ganho de peso limítrofe; dermatite atópica moderada a grave; múltiplos sintomas; reação IgE mediada sem comprometimento respiratório ou circulatório; suspeita de FPIES crônica em bom estado; sangramento persistente	Exclusão com fórmula extensamente hidrolisada (ou dieta materna), acompanhamento a cada 2–4 semanas; encaminhar ao alergista ou gastroenterologista para confirmação e provocação supervisionada
● Grave	Anafilaxia (sintomas respiratórios, estridor, sibilância, hipotensão, hipotonia, rebaixamento); FPIES aguda com vômitos incoercíveis, letargia, palidez, desidratação ou choque; sangramento digestivo com anemia; falha de crescimento acentuada ou desnutrição; enteropatia com hipoalbuminemia	Pronto-socorro (adrenalina intramuscular na anafilaxia; hidratação venosa na FPIES); depois, especialista e fórmula de aminoácidos

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Reação anafilática prévia, asma associada (maior risco de reação grave).
- Idade < 6 meses, prematuridade, desnutrição.
- Múltiplas alergias alimentares, esofagite eosinofílica.
- Dieta restritiva prolongada sem acompanhamento (risco de deficiência de cálcio, vitamina D, ferro e proteína, e de dificuldades alimentares).

3. Diagnóstico no consultório

- **História clínica focada em alergia** (NICE CG116): tempo entre ingestão e sintomas, reprodutibilidade, quantidade ingerida, tipo de leite (materno, fórmula, derivados), sintomas atópicos, curva de crescimento.
- **Exclusão diagnóstica:** retirar completamente o leite de vaca (e derivados) por **2–4 semanas** — resposta esperada em 1–2 semanas nas formas IgE e em 2–4 semanas nas não IgE (ESPGHAN 2024); o PCDT/Conitec admite até 4–6 semanas para reações tardias.
- **Reintrodução ou teste de provocação oral** é obrigatória para confirmar: sem reintrodução, não há diagnóstico (ESPGHAN, iMAP, Conitec).
 - **Não IgE leve:** reintrodução em casa, sob orientação do pediatra; observar sintomas por vários dias (reações tardias podem surgir em até 1 semana).
 - **IgE mediada, FPIES ou reação prévia grave:** provocação **somente em ambiente supervisionado** com equipe e adrenalina disponíveis. Na FPIES, a provocação costuma ser feita 12–18 meses após a última reação (ESPGHAN).
- **Exames:** IgE específica sérica ou teste cutâneo apenas nas formas IgE mediadas (indicam sensibilização, não alergia; positividade isolada não confirma). **Não usar IgG específica**, testes de contato de rotina nem escores (como o CoMiSS) como teste diagnóstico — o CoMiSS é ferramenta de alerta (ESPGHAN 2024).
- **Proctocolite em lactente amamentado:** pode ser observada sem intervenção em casos leves; é frequentemente autolimitada (ESPGHAN 2024).

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- Sangue nas fezes: fissura anal, infecção bacteriana, invaginação, enterocolite necrosante (premature), hiperplasia nodular linfoide, deficiência de vitamina K.
- Vômitos: estenose hipertrófica do piloro, má rotação (vômitos biliosos), infecção urinária, erros inatos do metabolismo — **a FPIES aguda é frequentemente confundida com sepse**.
- Cólica, regurgitação e constipação funcionais do lactente — muito mais frequentes que APLV.

4. Tratamento em casa

Aleitamento materno

- **Manter e apoiar a amamentação** (iMAP, ESPGHAN, Conitec).
- Excluir leite e derivados da dieta materna **somente se houver sintomas no lactente** atribuíveis ao leite, por 2–4 semanas, seguido de reintrodução na dieta materna para confirmar (ESPGHAN 2024). Se não houver melhora, reconsiderar o diagnóstico antes de ampliar exclusões.

- Mãe em exclusão: **cálcio 1 g/dia e vitamina D 600 UI/dia** (ESPGHAN 2024), com orientação nutricional.

Lactente em uso de fórmula

OPÇÃO	INDICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Fórmula extensamente hidrolisada (proteína do leite)	Primeira escolha na maioria dos casos (ESPGHAN, Conitec, ASBAI/SBP)	Tolerada por cerca de 90% dos alérgicos; preferir produtos testados em estudos clínicos
Fórmula de aminoácidos	Anafilaxia, FPIES grave, falha de crescimento importante, enteropatia grave, esofagite eosinofílica, persistência de sintomas com a extensamente hidrolisada (ESPGHAN 2024)	Necessária em uma minoria dos casos
Fórmula hidrolisada de arroz	Alternativa à extensamente hidrolisada (ESPGHAN, AEP)	Menos estudada; atenção ao teor de arsênio; disponibilidade limitada no Brasil
Fórmula de soja	Não usar abaixo de 6 meses; após 6 meses pode ser opção nas formas IgE mediadas sem risco de anafilaxia (Conitec)	Menos adequada nas formas não IgE (reatividade cruzada mais frequente)
Não usar	Fórmulas parcialmente hidrolisadas, sem lactose, leite de cabra, ovelha ou outros mamíferos, "leites" vegetais como substituto no lactente	Reatividade cruzada ou inadequação nutricional

Anafilaxia — orientação e prescrição

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Adrenalina intramuscular (1 mg/mL)	0,01 mg/kg	Repetir em 5–15 min se necessário	Dose(s) de resgate	Máx. 0,3 mg/dose na criança e 0,5 mg no adolescente; autoinjeter 0,15 mg < 30 kg e 0,3 mg ≥ 30 kg; face anterolateral da coxa; primeira linha na anafilaxia (ASBAI/SBP)
Anti-histamínico H1	Conforme bula	Conforme bula	Sintomas cutâneos leves	Não substitui a adrenalina

- Plano de ação escrito para a família e a escola; prescrever adrenalina autoinjetable quando houver reação IgE mediada sistêmica prévia (encaminhamento ao alergista).
- **Nutrição:** acompanhar crescimento; alimentação complementar na idade habitual, sem atrasar outros alérgenos.
- **Leitura de rótulos:** caseína, caseinato, soro de leite, lactalbumina, manteiga, creme de leite, "traços de leite".

Reavaliação e reintrodução

- Reavaliar a tolerância a cada **6–12 meses** (Conitec, ASBAI/SBP); nas formas não IgE leves, a AEPap sugere após 3–6 meses; na FPIES, após 12–18 meses, em ambiente supervisionado.
- **Escada do leite (iMAP):** nas formas **não IgE leves a moderadas**, reintrodução domiciliar progressiva, começando por leite assado em alta temperatura (biscoito, bolo) e avançando para formas menos processadas (queijo, iogurte, leite). O leite assado costuma ser tolerado antes; a escada pode ser usada nas formas IgE apenas com orientação do especialista.
- **Não iniciar escada em casa** na FPIES, após anafilaxia ou com asma não controlada.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Anafilaxia:** qualquer sintoma respiratório (estridor, rouquidão, sibilância, dispneia), circulatório (palidez, hipotonia, sonolência, hipotensão) ou gastrointestinal intenso após exposição.
- **FPIES aguda:** vômitos repetidos 1–4 h após ingestão, com palidez, letargia, desidratação ou hipotermia.
- Sangramento digestivo volumoso, anemia importante.
- Desidratação, desnutrição ou falha de crescimento acentuada.
- **Encaminhamento eletivo ao alergista ou gastroenterologista pediátrico:** suspeita de forma IgE mediada (para provocação supervisionada), FPIES, múltiplas alergias, esofagite eosinofílica, falha de crescimento, falta de resposta à exclusão com fórmula extensamente hidrolisada, dúvida diagnóstica.

Como encaminhar

1. **Anafilaxia:** adrenalina IM 0,01 mg/kg (máx. 0,3 mg na criança; 0,5 mg no adolescente) imediatamente, sem esperar; decúbito dorsal com membros inferiores elevados (ou posição sentada se dispneia; lateral se vomitando); oxigênio; repetir adrenalina em 5–15 min se necessário.
2. **FPIES com letargia ou choque:** acesso venoso e soro fisiológico 20 mL/kg; oxigênio; transporte rápido.
3. Acionar o SAMU (192) e contatar o serviço de destino; observação hospitalar após anafilaxia pelo risco de reação bifásica.
4. Relatório com alimento, horário de exposição, sintomas, doses administradas e horários.

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

- "Continue amamentando. Só retire o leite da sua dieta se o pediatra indicar, e tome cálcio e vitamina D enquanto estiver sem leite."
- "A retirada do leite é um teste: depois de 2 a 4 semanas vamos reintroduzir para confirmar se é mesmo alergia."
- "Cólica, golfadas e fezes de cor ou consistência diferentes são comuns em bebês saudáveis e, sozinhas, não significam alergia."
- Retorno em 2–4 semanas após iniciar a exclusão, e a cada 1–3 meses para acompanhar o crescimento.
- **Procurar o pronto-socorro imediatamente** se: dificuldade para respirar, chiado, rouquidão, inchaço da boca, língua ou garganta; palidez, moleza ou sonolência após tomar leite; vômitos repetidos com o bebê "mole"; muito sangue nas fezes. **Se tiver adrenalina prescrita, aplique primeiro e depois procure atendimento.**

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Diagnóstico	Exclusão e provocação oral (padrão-ouro); exclusão mínima de 2 semanas, até 4–6 nas tardias (Conitec)	Sem diretriz clínica atual específica; relatório sobre fórmulas hipoalergênicas (2000)	História focada em alergia (CG116); iMAP: exclusão de 2–4 semanas e reintrodução em casa nas formas leves não IgE	Segue o NICE e o iMAP	Exclusão de 2–4 semanas (até 6) e reintrodução domiciliar nas formas leves não IgE (AEPap)
Dieta materna	Excluir só se houver história sugestiva; cálcio e vitamina D	—	iMAP: apoiar amamentação; exclusão materna só quando indicada	Segue o NICE e o iMAP	Exclusão materna com cálcio 1 g e vitamina D 600 UI
Fórmula	Extensamente hidrolisada 1ª; aminoácidos nos graves; soja após 6 meses nas IgE	Hidrolisados testados clinicamente	Extensamente hidrolisada ou aminoácidos se amamentação não for possível	Segue o NICE e o iMAP	Extensamente hidrolisada; hidrolisado de arroz alternativa; aminoácidos nos graves
Reavaliação	6–12 meses; escada do leite e leite assado (ASBAI/SBP 2025)	—	Escada do leite (iMAP)	Segue o NICE e o iMAP	3–6 meses nas leves; 12–24 meses na FPIES
Superdiagnóstico	—	—	iMAP 2019 reforça juízo clínico	Segue o NICE e o iMAP	—

Leitura: há convergência em que o diagnóstico exige exclusão seguida de reintrodução, em manter o aleitamento materno e em usar a fórmula extensamente hidrolisada como primeira escolha, reservando a de aminoácidos para casos graves. A ESPGHAN 2024 e a revisão do iMAP de 2019 são as mais enfáticas quanto ao **superdiagnóstico** e restringem a dieta materna a lactentes com sintomas. As divergências estão no papel da soja (aceita após 6 meses nas formas IgE pela Conitec; não recomendada como primeira escolha pela ESPGHAN), no hidrolisado de arroz (alternativa na Europa, pouco disponível no Brasil) e no intervalo de reavaliação (3–6 meses na AEPap; 6–12 meses no Brasil). A diretriz WAO DRACMA 2024

(atualização em série) também avalia as fórmulas substitutas; a AAP não tem diretriz clínica atual específica sobre APLV.

PONTOS PRÁTICOS

1. Cólica, regurgitação, constipação e raias de sangue isoladas em lactente saudável não bastam para diagnosticar APLV.
2. Toda exclusão diagnóstica tem prazo (2–4 semanas) e termina com reintrodução; sem ela, não há diagnóstico.
3. Não interrompa a amamentação; exclusão materna só com sintomas no lactente e com cálcio e vitamina D.
4. Fórmula extensamente hidrolisada é a primeira escolha; aminoácidos para anafilaxia, FPIES grave, falha de crescimento ou falha da hidrolisada.
5. Anafilaxia se trata com adrenalina IM 0,01 mg/kg (máx. 0,3 mg na criança; 0,5 mg no adolescente) — anti-histamínico não substitui.
6. Vômitos incoercíveis com palidez e letargia horas após o leite: pense em FPIES, não em gastroenterite ou sepse apenas.

8. Fontes

- Vandenplas Y, Broekaert I, Domellöf M et al. An ESPGHAN position paper on the diagnosis, management, and prevention of cow's milk allergy. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2024. [PDF ESPGHAN](#)
- Ministério da Saúde, Conitec. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas — Alergia à proteína do leite de vaca (consulta pública), 2022. [PDF](#)
- ASBAI e SBP. Atualização em alergia alimentar 2025 — posicionamento conjunto. Arq Asma Alerg Imunol, 2025. aaai-asbai.org.br
- Fox A, Brown T, Walsh J et al. An update to the Milk Allergy in Primary Care guideline (iMAP). Clin Transl Allergy, 2019. [Springer](#)
- NICE. CG116 — Food allergy in under 19s: assessment and diagnosis, 2011. nice.org.uk
- AEPap. Manejo diagnóstico y terapéutico de la alergia a proteínas de la leche de vaca no mediada por IgE, 2020. algoritmos.aepap.org
- SEGHN, AEPap, SEPEAP e SEICAP. Documento de consenso de alergia a las proteínas de leche de vaca no mediada por IgE, 2019. sepeap.org
- AEP/SEGHNP. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2023. [PDF](#)

- American Academy of Pediatrics. Hypoallergenic infant formulas, Pediatrics, 2000.
- Oxford Handbook of Paediatrics, 3ª ed., 2021 (obra de referência).

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · 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.