

Linha Alergia
DANONE NUTRICIA

6

Mitos e verdades

em Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV)



Mestre e Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente pela PUCRS, Pediatra com área de atuação em Gastroenterologia e Nutrologia, Especialista em Endoscopia Digestiva, Especialista em Nutrição Parenteral e Enteral, Prof. de Pediatria na Faculdade de Medicina da PUCRS.

O USO DE AMINOÁCIDOS ATROFIA A MUCOSA E DIFICULTA O DESENVOLVIMENTO DE TOLERÂNCIA

Mito

Este pensamento baseia-se na ideia de que alimentos mais complexos estimulam a mucosa intestinal, no entanto isto não significa que este estímulo não ocorra com alimentos mais simples.

Os aminoácidos que compõem as fórmulas de aminoácidos são muito bem absorvidos e sua capacidade antigênica é nula, o que garante a sua resposta de 100% quando utilizados para tratamento de alergia às proteínas do leite de vaca. Se estas fórmulas infantis com aminoácidos provocassem atrofia intestinal, provavelmente não promoveriam um crescimento e ganho de peso adequados. Estudo clássico da Dra. Isolauri¹, pesquisadora da University of Tampere Medical School (Finlândia), evidenciou melhor ganho de peso e crescimento nas crianças com fórmula de aminoácidos em relação às fórmulas com proteína extensamente hidrolisada. A proteína tem papel fundamental no processo de recuperação da mucosa intestinal, especialmente alguns aminoácidos, como a glutamina². O processo depende tanto da chegada de aminoácidos via arterial na base da mucosa (seja por ingestão enteral ou parenteral) quanto da exposição de aminoácidos intraluminais, tanto como pós-hidrólise intraluminal de proteínas quanto da exposição de aminoácidos livres³.

Estudos experimentais com ratos alimentados com fórmula elementar composta de aminoácidos livres hipolipídica (6,6%) demonstraram que ocorreu

atrofia da mucosa do íleo⁴⁻⁸. Considerando que esta fórmula não era equilibrada e completa, Kawano et al. (2010)⁴ estudou 3 grupos de ratos, um com esta dieta elementar, um controle com dieta normal e outro com esta dieta elementar + lipídeos (35%). O grupo que recebeu dieta elementar exclusiva apresentou redução da taxa de proliferação de células da cripta, ao passo que o grupo que recebeu a fórmula elementar equilibrada e completa apresentou a resposta da mucosa intestinal semelhante ao grupo controle, ou seja, não houve comprometimento do trofismo da mucosa intestinal.

As fórmulas infantis de aminoácidos são nutricionalmente completas e apenas o elemento proteico é elementar. A distribuição de nutrientes atende às necessidades nutricionais de um lactente. Neocate LCP®, por exemplo, tem aminoácidos 11%, carboidratos 43% e gorduras 46%, além de todos os micronutrientes necessários para o metabolismo e crescimento normais de um lactente. Assim podemos afirmar que fórmulas de aminoácidos livres nutricionalmente completas não promovem atrofia da mucosa intestinal.

AS FÓRMULAS EXTENSAMENTE HIDROLISADAS TÊM EFICÁCIA DE 97%

Mito

Segundo recomendação da Academia Americana de Pediatria (APP), para uma fórmula ser considerada hipoalergênica a mesma deve ser avaliada em estudos clínicos que demonstrem sua tolerância em pelo menos 90% dos lactentes com APLV comprovada mediante desencadeamento positivo. Essa recomendação é citada por outras sociedades (SBP;

ASBAI 2007; ESPGHAN; ESPACI 1999)¹⁻² e fundamenta o entendimento de que as fórmulas extensamente hidrolisadas são eficazes em aproximadamente 90% dos pacientes. A estatística de 97% de eficácia foi demonstrada em um estudo GIAMPIETRO, 2001⁴ realizado com um pequeno grupo de crianças de maior idade (entre 11 meses e 10 anos de idade), todas com manifestações

leves a moderadas (pacientes com quadros graves foram excluídos) e que já estavam em tratamento para APLV com outras fórmulas (soja ou hidrolisado de caseína).

Por outro lado, resultados diferentes foram obtidos por outros autores, como Latcham et al. (2003)⁵, que ao estudar um grupo de pacientes com quadro de alergia alimentar mais grave, verificou alergia a hidrolisados em 36 crianças de um grupo de 121 (29,7%), equivalendo a uma “eficácia” do hidrolisado de 70%. Petrus et al. (2014)⁶ publicou estudo com 45 lactentes com diagnóstico de APLV comprovado com dieta de exclusão com fórmula de aminoácidos e teste

de desencadeamento, em que após o diagnóstico receberam fórmula com proteína extensamente hidrolisada de soro do leite e 51% destes voltaram a ter sintomas de desconforto gastrointestinal descritos pelos pais (choro inconsolável, agitação, jogar cabeça para trás, dificuldade para dormir e recusa da fórmula). Tais achados demonstram que a eficácia das fórmulas extensamente hidrolisadas pode variar, dentre outros fatores, de acordo com a gravidade do quadro clínico do grupo estudado¹⁻⁵.

DRA. ANA PAULA M. CASTRO - CRM/SP 69748

Mestre e Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da USP
Médica Assistente da Unidade de Alergia e Imunologia do Instituto da Criança – HCFMUSP

O USO ADEQUADO DE FÓRMULAS DE AMINOÁCIDOS ATRASA A TOLERÂNCIA ORAL?

Mito

A resposta é não, há conceitos que não devem nem podem ser misturados. As fórmulas de aminoácidos são um importante instrumento no manejo de pacientes com alergia alimentar, especialmente em pacientes que apresentam comprometimento nutricional resultante de quadros graves ou naqueles em que a resposta ao tratamento com fórmulas extensamente hidrolisadas não mostrou resultados adequados. Há ainda a indicação de seu uso em pacientes com anafilaxia ao leite de vaca que necessitem receber complementação, especialmente nos primeiros seis meses de vida.

As fórmulas de aminoácidos podem ser indicadas como instrumento diagnóstico em pacientes com quadros gastrintestinais, quando se associa à sua utilização um teste de provocação para avaliação da evolução dos sintomas. Neste contexto, definimos o grupo de pacientes que necessitam utilizar a fórmula

de aminoácidos como: aqueles que apresentam comprometimento da barreira intestinal e que não conseguem tolerar outras fórmulas utilizadas no tratamento da alergia alimentar, caracterizando a maior gravidade do quadro. Uma vez restaurada esta barreira, melhorados os sintomas e realizada a recuperação nutricional destes pacientes, eles apresentam os mesmos índices de tolerância que crianças que usam outras fórmulas terapêuticas¹⁻².

ALGUNS PACIENTES COM APLV PODEM INGERIR PEQUENAS QUANTIDADES DE LEITE E NÃO APRESENTAR SINTOMAS

Verdade

As mudanças no tratamento da alergia alimentar têm ocorrido de maneira bastante rápida, o que demanda nossa constante atualização. Neste contexto, há uma série de propostas que preconiza a introdução de pequenas quantidades de leite apresentados de maneira processada, em geral em associação com outros ingredientes e fornecidos em preparações assadas. Espera-se, assim, induzir tolerância imunológica a partir da exposição mais precoce destes alimentos. Este procedimento ainda está sendo avaliado cientificamente e os estudos estão especialmente focados em crianças pré-escolares ou escolares. Deve ser ressaltado que em paciente efetivamente alérgico, cada exposição representa um risco de desenvolver reação de gravidade, portanto a oferta de leite, ainda que em quantidades pequenas e de maneira processada, deve ser feita em ambiente controlado com profissionais aptos ao manejo de reações adversas.

Considerando que lactentes com alergia à proteína do leite de vaca apresentam grande chance de desenvolver tolerância imunológica espontaneamente até os dois anos de vida, especialmente nos quadros de alergia não mediados pela IgE, no presente momento deve ser continuado o procedimento padrão de tratamento da alergia à proteína do leite de vaca: exclusão completa e dieta substitutiva adequada. Nas crianças mais velhas, em especial nas alergias IgE mediadas, a oferta de leite processado pode ser considerada estratégia de aceleração de tolerância. Entretanto é importante ressaltar que a de indução de tolerância ainda é considerada uma modalidade terapêutica experimental e deve ficar restrita a centros de pesquisa habilitados, sendo indicada apenas quando se estima que os benefícios a serem obtidos sejam superiores aos riscos desta terapia¹⁻².

DR. MAURO BATISTA DE MORAIS - CRM/SP 32257

Professor Associado, Livre-docente da Disciplina de Gastroenterologia Pediátrica e Chefe do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo, Gastroenterologista Pediátrico da Clínica de Especialidades Pediátricas do Hospital Israelita Albert Einstein.

AGORA TODO MUNDO TEM APLV E REFLUXO GASTROESOFÁGICO

Mito

O número de diagnósticos de APLV (alergia à proteína do leite de vaca) vem aumentando nos últimos anos. Isto reflete o aumento de prevalência de alergias observado no mundo na qual se incluem as alergias alimentares¹⁻³. Com base na elevação do número de internações hospitalares existem também evidências do aumento da gravidade dos casos de alergias alimentares em menores de 5 anos^{4,5}. Apesar do aumento da duração do aleitamento natural observado no Brasil nas últimas décadas, ainda é alto o número de lactentes expostos, através da alimentação, às proteínas do leite de vaca. Parcela destes lactentes desenvolve manifestações clínicas compatíveis com APLV que incluem regurgitações, irritabilidade e déficit no ganho de peso. Nos primeiros meses de vida é comum a ocorrência de regurgitações não acompanhadas de outras manifestações clínicas ou repercussões no crescimen-

to e desenvolvimento que constituem a regurgitação do lactente, denominada por muitos "refluxo gastroesofágico fisiológico". Por sua vez, as regurgitações podem estar associadas com choro excessivo, irritabilidade e ganho de peso insuficiente que podem ser consequência da doença do refluxo gastroesofágico. Deve ser lembrado, ainda, que choro excessivo e irritabilidade podem ser manifestações da cólica do lactente. Neste complicado contexto clínico, observa-se que a doença do refluxo gastroesofágico, APLV e cólica do lactente têm características em comum e, teoricamente, podem ocorrer em um mesmo lactente^{6,7}.

Na prática, muitas vezes, um quadro típico de choro excessivo sugestivo de cólica do lactente é interpretado como refluxo gastroesofágico⁸. Por outro lado, em cenários clínicos com regurgitações acompanha-

das ou não de outras manifestações como ganho de peso reduzido, choro, irritabilidade com frequência não se considera a possibilidade de APLV⁹. Neste contexto, em 2009, a diretriz conjunta da ESPGHAN/NASPGHAN destaca a importância da realização de dieta de eliminação diagnóstica da proteína do leite de vaca na pesquisa de APLV¹⁰. Nesta diretriz destaca-se a importância da investigação de APLV no diagnóstico diferencial das manifestações clínicas tradicionalmente atribuídas aos diferentes quadros de refluxo gastroesofágico no lactente¹⁰. Além disso, em vários países, existe a preocupação sobre o uso excessivo de medicamentos para diminuir a produção de ácido gástrico (ranitidina e omeprazol) para lactentes com suspeita de doença do refluxo gastroesofágico¹¹. Deve ser lembrado que dentre os efeitos dos inibidores de bomba de prótons, conforme evidências experimentais, pode existir maior probabilidade de sensibilização alérgica supostamente a antígenos de proteínas cuja digestão foi comprometida pela insuficiente ação do ácido gás-

trico. Neste contexto, metanálise publicada em 2015 mostra que o uso de inibidores de bomba de prótons não tem efeito na redução de choro e irritabilidade em lactentes¹². Assim, regurgitações, vômitos, irritabilidade e falta de ganho de peso podem ser decorrentes da doença de refluxo gastroesofágico ou serem secundárias à APLV. Neste caso a dieta de eliminação diagnóstica das proteínas do leite de vaca deve ser considerada no diagnóstico diferencial destes pacientes^{1,3,10}. Em conclusão, é provável que, atualmente, se deixe a hipótese de APLV em segundo plano em relação à doença do refluxo gastroesofágico. Como consequências podem acontecer atraso no diagnóstico da APLV e uso desnecessário de procinéticos e medicamentos para reduzir a secreção ácida gástrica.

CRIANÇAS COM APLV, ACIMA DE 1 ANO DE IDADE, NA AUSÊNCIA DO LEITE MATERNO NECESSITAM DE FÓRMULAS ESPECIAIS.

Verdade

A faixa etária de lactente estende-se do nascimento até os dois anos de vida. Assim, entende-se que até completar esta idade a criança deve receber leite materno ou fórmula infantil. O leite representa cerca da metade da ingestão energética no segundo ano de vida. Alguns acreditam ser possível alimentar a criança entre os 12 e 24 meses apenas com alimentos (sem fórmulas). Entretanto, esta prática pode levar a déficits dietéticos como, por exemplo, ingestão insuficiente de cálcio¹. A conduta dietética das crianças com alergia à proteína do leite de vaca deve ser adequada para reverter os frequentes déficits nutricionais observados² e garantir que a partir da resolução do quadro de alergia à proteína do leite de vaca a criança apresente crescimento satisfatório³.

Nesta fase da vida é necessário ofertar cerca de 600 ml de fórmula infantil por dia. Nos lactentes com alergia à proteína do leite de vaca e que ainda necessitam da dieta de exclusão, normalmente são oferecidas as fórmulas hipoalergênicas utilizadas para os lactentes menores de 1 ano. O ideal seria prescrever uma fórmu-

la que atenda às necessidades nutricionais específicas desta fase da vida. A utilização de fórmula de aminoácidos desenvolvida para crianças partir de um ano de vida (contém 1 caloria por ml) é a opção mais adequada para atender estas necessidades nutricionais. Esta fórmula também pode ser usada por crianças e adolescentes que necessitam da dieta de exclusão, como no caso de esofagite eosinofílica e alergias a múltiplos alimentos. Quanto aos alimentos complementares a serem oferecidos a partir dos seis meses de vida, atualmente, considera-se não ser necessário retardar a introdução dos alimentos com maior potencial alérgico, como se praticava no passado na prevenção da alergia alimentar. Este conceito deve ser melhor incorporado na prática assistencial pelos profissionais de saúde⁴.

1. Isolauri E, Sütas Y, Makinen-Kiljunen S, Oja SS, Isosomppi R, Turjanmaa K. Efficacy and safety of hydrolyzed cow milk and amino acid-derived formulas in infants with cow milk allergy. *J Pediatr* 1995; 127:550-7. 2. Coëffier, Claeysens S, Hecketsweiler B, Lavoine A, Ducrotte P, Déchelotte P. Enteral glutamine stimulates protein synthesis and decreases ubiquitin mRNA level in human gut mucosa. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 285: 266-G273, 2003. 3. Baumler MD, Koopmann MC, Thomas DD, Ney DM, Groblewski GE. Intravenous or luminal amino acids are insufficient to maintain pancreatic growth and digestive enzyme expression in the absence of intact dietary protein. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*. 2010 Aug;299(2):6338-47. 4. Segura G, Vázquez CT, De Miguel MA. Somatostatin antagonism prevents elemental diet-induced intestinal atrophy in the rat. *Dig Dis Sci*. 2001 Sep;46(9):1985-92. 5. Kawano S, Sanada Y, Chiba M, Nakagami T, Toki A. Effect of fat supplementation on the maintenance of gut integrity in elemental diet-fed rats. *Eur J Pediatr Surg*. 2010 Nov;20(6):399-404. 6. Sasaki M, Fitzgerald AJ, Mandir N, Berlanga-Acosta J, Goodlad RA. Keratinocyte growth factor and epidermal growth factor can reverse the intestinal atrophy associated with elemental diets in mice. *Exp Physiol*. 2003 Mar;88(2):261-7. 7. Araki Y, Andoh A, Sasaki A, Shimada M, Bamba S, Fujino S, Fujiyama Y. Dietary bile acids inhibit potentially elemental diet-induced small intestinal atrophy in rats. *Int J Mol Med*. 2002 Nov;10(5):623-6. 8. Sasaki M, Fitzgerald AJ, Grant G, Ghatei MA, Wright NA, Goodlad RA. Lectins can reverse the distal intestinal atrophy associated with elemental diets in mice. *Aliment Pharmacol Ther*. 2002 Mar;16(3):633-42.

1. Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. Consenso Sobre Alergia Alimentar: 2007. *Rev Med Minas Gerais* 2008;18(1 Suppl):S1-44. 2. American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Hypoallergenic Infant Formulas. *Pediatrics* 2000 Aug; 106 (2): 346349. 3. Joint Statement of the ESPACI and the ESPGHAN Committee on Nutrition. Dietary products used in infants for treatment and prevention of food allergy. *Arch Dis Child* 1999, 81 (1): 80-84. 4. Giampietro PG, Kjellman NI, Oldaeus G, Wouters-Wesseling W, Busico L. Hypoallergenicity of an extensively hydrolyzed whey formula. *Pediatr Allergy Immunol*. 2001; 12:83-6. 5. Latcham F et al. A consistent pattern of minor immunodeficiency and subtle enteropathy in children with multiple food allergy. *J Pediatr* 2003; 143: 39-47. 6. Petrus NC, Schoemaker AF, van Hoek MW, Jansen L, Jansen-van der Weide MC, van Aalderen WM, Sprikkelman AB. Remaining symptoms in half the children treated for milk allergy. *Eur J Pediatr*. 2015 Jun;174(6):759-65.

1. Vandenas Y, De Greef E, Devreker T. Treatment of Cow's Milk Protein Allergy. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2014 Mar;17(1):1-5. 2. Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy: Epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *J Allergy Clin Immunol*. 2014 Feb;133(2):291-307.

1. Nicolaou N, Tsaouri S, Priftis KN. Reintroduction of cow's milk in milk-allergic children. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*. 2014 Mar;14(1):54-62. 2. Martorell-Aragonés A, Echeverría-Zudaire L, Alonso-Lebrero E, Boné-Calvo J, Martín-Muñoz MF, Nevot-Falcó S, Piquer-Gibert M, Valdesoiro-Navarrete L; Food allergy committee of SEICAP (Spanish Society of Pediatric Allergy, Asthma and Clinical Immunology). Position document: IgE-mediated cow's milk allergy. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2015 Mar 19

1. Vandenas Y, Brueton M, Dupont C, et al. Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infants. *Arch Dis Child*. 2007;92(10):902-908. 2. Fiocchi A, Brozek J, Schünemann H, et al. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) guidelines. *Pediatr Allergy Immunol*. 2010;21 (Suppl. 21):1-125. 3. Koletzko S, Niggemann B, Arato A, et al. Diagnostic approach and management of cow's-milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee practical guidelines. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2012;55(2):221-229. 4. Branum AM, Lukacs SL. Food Allergy Among U.S. Children: Trends in Prevalence and Hospitalizations. *NCHS Data Brief*, Number 10,

October 2008 (<http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db10.htm>). 5. Liew WK, Williamson E, Tang ML. Anaphylaxis fatalities and admissions in Australia.) *Allergy Clin Immunol*. 2009;123:434–42. 6. Salvatore S, Vandenplas Y. Gastroesophageal reflux and cow milk allergy: is there a link? *Pediatrics* 2002; 110:972–84. 7. Vandenplas Y, Gottrand F, Veereman–Wauters G, et al. Gastrointestinal manifestations of cow’s milk protein allergy and gastrointestinal motility. *Acta Paediatr* 2012;101:1105–9. 8. Marcon ACC, Vieira MC, Morais MB. Conhecimentos do pediatra sobre o manejo do lactente que chora excessivamente nos primeiros meses de vida. *Rev Paul Ped* 2014;32:187–92. 9. Soares ACF, Freitas CL, Morais, MB. Conhecimentos do pediatra sobre o manejo do lactente que chora excessivamente nos primeiros meses de vida. *Rev Paul Ped* 2015;33:13–8. 10. Vandenplas Y, Rudolph C. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition.) *Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;49:498–547. 11. Chen IL, Gao WY, Johnson AP, Niak A, Troiani, Korvick J, et al. Proton pump inhibitor use in infants: FDA reviewer experience.) *Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2012;54:814. 12. Gieruszczak–Biatek D, Konarska Z, Skórka A, Vandenplas Y, Szajewska H. No effect of proton pump inhibitors on crying and irritability in infants: systematic review of randomized controlled trials.) *Pediatr*. 2015;166:767–70.

1. Medeiros LC, Speridião PG, Sdepanian VL, Fagundes–Neto U, Morais MB. Nutrient intake and nutritional status of children following a diet free from cow’s milk and cow’s milk by–products. *Pediatr (Rio)* 2004; 80:363–70. 2. Meyer R, Venter €, Fox AT, Shah N. Practical dietary management of protein energy malnutrition in young children with cow’s milk protein allergy. *Pediatr Allergy Immunol* 2012; 23: 307–314. 3. Vieira MC, Morais MB, Spolidoro JVN, Toporovski Ms, Cardoso AL, Araujo GT, et al. Cow’s Milk allergy in infants: a survey on clinical presentation and nutritional status. *BMC Pediatrics*. 2010;10:1–7. 4. Ribeiro CC, Speridião PGL, Morais MB. Knowledge and practice of physicians and nutritionists regarding the prevention of food allergy. *Clin Nutr* 2013;32:624–9

Linha Alergia DANONE NUTRICIA

Mais de 20 anos de confiança no diagnóstico e tratamento da APLV



+ de 40 anos
de pesquisa
e inovação



+ de 600
publicações
em periódicos
de imunologia
e alergia



+ de 80
estudos com
fórmulas de
aminoácidos



+ de 20 anos
de publicações
com fórmula
extensamente
hidrolisada



+ de 100 anos
de pesquisa



Pioneirismo no Brasil
com fórmula à base
de **aminoácidos livres**
e **extensamente**
hidrolisada



+ de 40 anos de
pesquisa sobre o
leite materno por
acreditarmos que
é o **melhor alimenta**
na infância

O leite materno é o melhor alimento para lactentes e até o 6º mês deve ser oferecido como fonte exclusiva de alimentação, podendo ser mantido até os 2 anos de idade ou mais. As gestantes e nutrizas também precisam ser orientadas sobre a importância de ingerir uma dieta equilibrada com todos os nutrientes e do aleitamento materno até os dois anos de idade ou mais. As mães devem ser alertadas que o uso de mamadeiras, bicos e chupetas pode dificultar o aleitamento materno, particularmente quando se deseja manter ou retornar à amamentação; seu uso inadequado pode trazer prejuízos à saúde do lactente, além de custos desnecessários. As mães devem estar cientes da importância dos cuidados de higiene e do modo correto do preparo dos substitutos do leite materno para a saúde do bebê. Cabe aos especialistas esclarecer previamente às mães os custos, riscos e impactos sociais desta substituição para o bebê. É importante que a família tenha uma alimentação equilibrada e que sejam respeitados os hábitos culturais na introdução de alimentos complementares na dieta do lactente, bem como sempre incentivadas as escolhas alimentares saudáveis.

Este é um material de orientação sobre alergia ao leite de vaca. Proibida sua utilização para realização de promoção comercial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1. Food Allergy Research & Education. Disponível em: <https://www.foodallergy.org/common-allergens/milk-allergy> 2. Pinotti R. Guia do bebê e da criança com alergia ao leite de vaca. 1a ed. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, 2013. 164 p.



sdv sabor de viver
LOJA OFICIAL DANONE
sabordeviver.com.br
0800 727 8027 | 11 3095 8482

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
0800.7213099
CENTRAL DE RELACIONAMENTO
0800 728 3321
sac@danonenutricia.com.br

danonenutricia.com.br
alergiaaoleitedevaca.com.br