



<https://doi.org/10.18233/apm.v47i3.3370>

# Manifestaciones gastrointestinales y nutricionales del trastorno del espectro autista: Evidencia actual e implicancias clínicas

## Gastrointestinal and nutritional manifestations of autism spectrum disorder: Current evidence and clinical implications.

Pedro Alarcón

### Resumen

**INTRODUCCIÓN:** Los niños con trastorno del espectro autista (TEA) son derivados con frecuencia a gastroenterología pediátrica y nutrición por síntomas gastrointestinales, selectividad alimentaria o preocupaciones relacionadas con la dieta y la microbiota intestinal. Sin embargo, persiste una falta de pautas claras que orienten cuándo estas transferencias están justificadas y cómo adaptar la evaluación gastrointestinal a esta población.

**OBJETIVO:** Revisar la evidencia actual sobre problemas gastrointestinales y nutricionales en niños con TEA y proporcionar una orientación práctica para pediatras y otros profesionales de la salud.

**HALLAZGOS PRINCIPALES:** Los síntomas gastrointestinales son frecuentes en el TEA, siendo la constipación funcional y el dolor abdominal los más comunes, a menudo con presentaciones atípicas debido a dificultades en la comunicación. La selectividad alimentaria puede asociarse a deficiencias de micronutrientes, aun en niños con crecimiento antropométrico aparentemente normal. Las dietas de eliminación, en particular la dieta sin gluten y caseína, muestran evidencia limitada y no deben considerarse tratamientos estándar del TEA. Asimismo, aunque la investigación en microbiota intestinal es un campo activo, su aplicación clínica sigue siendo restringida y no justifica intervenciones diagnósticas o terapéuticas rutinarias. La evaluación debe centrarse en síntomas clínicos, señales de alarma y riesgo nutricional.

**CONCLUSIONES:** Los niños con TEA presentan las mismas enfermedades gastrointestinales que la población pediátrica general, aunque con formas de presentación particulares. Un enfoque basado en la evidencia, con criterios claros de derivación y trabajo interdisciplinario, permite optimizar la atención.

**PALABRAS CLAVE:** trastorno del espectro autista; síntomas gastrointestinales; selectividad alimentaria; constipación; dietas de eliminación; microbiota intestinal; nutrición pediátrica

### Abstract

**BACKGROUND:** Children with autism spectrum disorder (ASD) are frequently referred to pediatric gastroenterology and nutrition clinics because of gastrointestinal symptoms, feeding selectivity, or concerns related to diet and gut microbiota. However, clear guidance on when such referrals are warranted and how gastrointestinal evaluation should be adapted to this population remains limited.

**AIM:** To review current evidence on gastrointestinal and nutritional issues in children with ASD and to provide practical guidance for pediatricians and other healthcare professionals.

MD, PhD. Departamento de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. British American Hospital. Lima, Perú.

**Recibido:** 30 de enero 2026

**Aceptado:** 30 de abril de 2026

### Correspondence

Pedro Alarcon  
alarcon\_pedro@hotmail.com

**This article has been cited by:** Alarcón P. Manifestaciones gastrointestinales y nutricionales del trastorno del espectro autista: Evidencia actual e implicancias clínicas. Acta Pediatr Méx 2026; 47: e3370.

**MAIN FINDINGS:** Gastrointestinal symptoms are common in children with ASD, with functional constipation and abdominal pain being the most frequently reported and often presenting atypically due to communication difficulties. Feeding selectivity is highly prevalent and may be associated with micronutrient deficiencies, even in children with normal growth parameters. Elimination diets, particularly gluten-free and casein-free diets, show limited and inconsistent evidence and should not be considered standard treatment for ASD. Although gut microbiota research is an active field, its current clinical applicability remains limited and does not support routine diagnostic testing or therapeutic interventions. Clinical evaluation should focus on symptom-based assessment, identification of red flags, and nutritional risk.

**CONCLUSIONS:** Children with ASD experience the same gastrointestinal disorders as the general pediatric population, although symptom presentation may differ. An evidence-based, interdisciplinary approach with clear referral criteria can improve clinical care and address family concerns.

**KEYWORDS:** autism spectrum disorder; gastrointestinal symptoms; feeding selectivity; constipation; elimination diets; gut microbiota; pediatric nutrition

## INTRODUCCIÓN

El trastorno del espectro autista (TEA) es una condición del neurodesarrollo caracterizada por dificultades en la comunicación social y la presencia de patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento. En los últimos años se ha observado un aumento sostenido en la derivación de niños con TEA a consultas de gastroenterología pediátrica y nutrición. Estas transferencias responden tanto a la presencia de síntomas gastrointestinales (GI) definidos como a preocupaciones menos específicas relacionadas con la conducta alimentaria, la dieta o la supuesta alteración de la microbiota intestinal<sup>1</sup>. Esto ha generado una práctica clínica heterogénea: por un lado, existe el riesgo de atribuir síntomas conductuales o del desarrollo a mecanismos GI no demostrados, promoviendo intervenciones diagnósticas o terapéuticas de escasa evidencia. Por otro, persiste el problema opuesto: la subestimación de patología GI real,

en parte debido a las dificultades que muchos niños con TEA presentan para expresar dolor, malestar o cambios en su patrón evacuatorio.

La literatura muestra que los síntomas GI son más frecuentes en niños con TEA que en la población pediátrica en general, siendo la constipación, el dolor abdominal y otros trastornos funcionales intestinales los más reportados. Sin embargo, la interpretación de estos datos se ve limitada por la heterogeneidad metodológica de los estudios y por el uso de definiciones no estandarizadas. A ello se suma el creciente interés por el eje intestino-cerebro y la microbiota, que ha generado muchas expectativas —en ocasiones desproporcionadas— respecto al impacto de intervenciones dietarias o microbianas sobre los síntomas del TEA.<sup>1-3</sup>

Desde el punto de vista clínico, la pregunta central no es si el intestino “explica” el autismo, sino cómo identificar, evaluar y tratar de manera adecuada los problemas GI y nutricionales que



pueden coexistir en estos niños. Actualmente, no existen guías ampliamente aceptadas que definan con claridad cuándo un niño con TEA debe ser evaluado por gastroenterología pediátrica o nutrición, ni cómo adaptar el abordaje clínico a las particularidades comunicacionales y conductuales de esta población.

Este artículo de revisión tiene como objetivo proporcionar una orientación práctica y basada en la evidencia para pediatras, gastroenterólogos pediatras y otros profesionales de la salud que atienden regularmente a niños con TEA. Se revisan los principales problemas GI y nutricionales asociados; se analiza críticamente la evidencia sobre dietas de eliminación y microbiota intestinal, y se proponen criterios clínicos claros para la transferencia/referencia de estos pacientes y el manejo interdisciplinario, con un enfoque centrado en el niño y su familia.

### Justificación y metodología

La motivación para esta revisión surge de la práctica clínica cotidiana. Con frecuencia, niños con trastorno del espectro autista son derivados a gastroenterología pediátrica y nutrición por especialistas en salud mental, neurología u otras disciplinas, motivados por preocupaciones relacionadas con una supuesta alteración de la microbiota intestinal, la indicación de dietas de eliminación, o la presencia de síntomas digestivos reales, como la constipación. Sin embargo, estas derivaciones no siempre se sustentan en criterios clínicos homogéneos ni en una evaluación sistemática del riesgo gastrointestinal o nutricional.

En este contexto, el gastroenterólogo pediatra se enfrenta a demandas clínicas heterogéneas, expectativas familiares elevadas y, en ocasiones, a intervenciones promovidas fuera del marco de la medicina basada en evidencia. La ausencia de guías claras sobre cuándo, cómo y con qué objetivos evaluar a estos pacientes contribuye

a una práctica variable, con riesgo tanto de sobrediagnóstico como de subestimación de patología relevante.

Por estas razones, se decidió realizar una revisión narrativa crítica de la literatura, orientada a integrar la evidencia disponible sobre síntomas gastrointestinales, selectividad alimentaria, dietas de eliminación y microbiota intestinal en niños con TEA, desde una perspectiva clínica aplicada.

La metodología incluyó la búsqueda sistemática de revisiones, metaanálisis, ensayos clínicos y guías de práctica clínica en bases de datos biomédicas relevantes, priorizando estudios en población pediátrica y publicaciones de alto impacto. La información fue analizada y sintetizada con énfasis en su aplicabilidad clínica, calidad metodológica y consistencia de los resultados, con el objetivo de generar recomendaciones prácticas para pediatras y otros profesionales de la salud involucrados en el cuidado de estos niños.

### 2. Trastorno del espectro autista y síntomas gastrointestinales: panorama general

Los síntomas GI son reportados con mayor frecuencia en niños con TEA que en la población pediátrica general. Estudios observacionales, revisiones sistemáticas y metaanálisis han descrito esta asociación de forma consistente, aunque con una amplia variabilidad en las prevalencias reportadas<sup>1-3</sup>.

Las cifras publicadas oscilan desde menos del 10 % hasta valores superiores al 70 %, dependiendo del diseño del estudio, la definición de síntomas GI, la edad de los participantes y la fuente de información utilizada<sup>1,4</sup>. Esta heterogeneidad obliga a interpretar los datos con cautela y a priorizar la evaluación clínica individual por sobre los porcentajes absolutos.

### Síntomas GI más frecuentes

A pesar de la variabilidad metodológica, existe consenso en que los síntomas GI más comúnmente reportados en niños con TEA incluyen:

- Constipación crónica
- Dolor abdominal recurrente
- Distensión abdominal y gases
- Diarrea crónica o intermitente
- Encopresis
- Reflujo gastroesofágico y vómitos recurrentes, especialmente en edades tempranas

La mayoría de estos síntomas corresponden a trastornos GI funcionales, similares a los observados en niños con neurodesarrollo normal, más que a patología orgánica específica asociada al TEA. No obstante, su impacto funcional y conductual puede ser mayor en esta población.

### Relación entre síntomas GI y conducta

Diversos estudios han señalado una asociación entre síntomas GI y mayor frecuencia de problemas conductuales, como irritabilidad, alteraciones del sueño y conductas disruptivas<sup>3-6</sup>. Estos hallazgos han sido interpretados, en algunos contextos, como evidencia de un vínculo causal entre alteraciones intestinales y las manifestaciones conductuales, etc. del TEA.

Desde una perspectiva clínica más prudente, esta asociación podría entenderse de manera más simple: el dolor o el malestar GI no expresado verbalmente tiende a manifestarse como cambios conductuales, especialmente en niños con dificultades en la comunicación. En este sentido, la conducta podría representar una forma de expresión del malestar físico más que una consecuencia directa de una alteración intestinal específica del TEA.

### Limitaciones de la evidencia disponible

A pesar del creciente número de publicaciones, la evidencia sobre síntomas GI en TEA presenta limitaciones importantes:

1. Definiciones no estandarizadas de síntomas GI.
2. Uso frecuente de cuestionarios realizados a los padres sin confirmación clínica
3. Ajuste insuficiente por factores de confusión como dieta, medicación o comorbilidades.
4. Escasez de estudios longitudinales que permitan evaluar causalidad.

Estas limitaciones han contribuido a interpretaciones excesivas, particularmente en relación con algunas hipótesis etiológicas vinculadas a la microbiota intestinal o al eje intestino–cerebro. Si bien estas líneas de investigación son científicamente válidas y prometedoras, la evidencia actual no justifica extrapolaciones diagnósticas o terapéuticas automáticas en la práctica médica cotidiana<sup>7</sup>.

### 3. Particularidades de la evaluación clínica GI en niños con TEA

La evaluación GI en niños con TEA no requiere un manejo diagnóstico diferente al utilizado en la población pediátrica en general. Las enfermedades digestivas que afectan a estos niños son, en esencia, las mismas. Sin embargo, la forma en que los síntomas se expresan y se comunican puede diferir, lo que exige una adaptación del enfoque clínico<sup>8,9</sup>.

Reconocer estas particularidades es fundamental para evitar tanto la omisión de patología digestiva relevante como la atribución errónea de manifestaciones conductuales a supuestos mecanismos GI no demostrados<sup>8</sup>.



### 3.1. Dificultades en la comunicación del malestar

Muchos niños con TEA presentan limitaciones en el lenguaje expresivo o en la comunicación social, lo que dificulta la verbalización de síntomas como dolor abdominal, náuseas o urgencia defecatoria. En estos casos, el malestar GI puede manifestarse de forma indirecta, a través de:

- Irritabilidad o llanto inexplicable.
- Cambios bruscos en el comportamiento habitual.
- Trastornos del sueño de inicio reciente.
- Conductas de evitación (rechazo a sentarse, comer o ir al baño).
- Intensificación de conductas autoagresivas o estereotipias.

Desde una perspectiva clínica, resulta esencial considerar la posibilidad de un síntoma somático subyacente antes de interpretar estas manifestaciones como exclusivamente conductuales<sup>10</sup>.

### 3.2. Historia clínica dirigida

La anamnesis debe apoyarse de manera sistemática en los padres/cuidadores, con preguntas concretas y dirigidas. Es importante explorar aspectos específicos, tales como:

- Frecuencia, consistencia y dolor asociado a la defecación.
- Conductas de retención fecal.
- Episodios de diarrea alternando con estreñimiento (posibilidad rebosamiento).
- Distensión abdominal o molestias postprandiales.
- Náuseas, vómitos o regurgitaciones.
- Cambios recientes en el apetito o en la aceptación de alimentos.

El uso de registros simples puede ser de gran ayuda. Asimismo, es importante indagar cambios recientes, ya que los cuidadores suelen adaptarse a síntomas crónicos y subestimar su relevancia clínica<sup>8,9</sup>.

### 3.3. Presentaciones clínicas atípicas

En niños con TEA, los síntomas GI pueden presentarse de forma menos típica que en otros niños. Ejemplos frecuentes incluyen:

- Encopresis interpretada como problema conductual.
- Dolor abdominal crónico manifestado como rechazo escolar o alteraciones del sueño.
- Reflujo gastroesofágico expresado como irritabilidad postprandial o rechazo alimentario.

Estas presentaciones explican, en parte, el retraso diagnóstico y la minimización de las molestias GI en esta población<sup>10,11</sup>.

### 3.4. Examen físico e identificación de señales de alarma

El examen físico adquiere especial relevancia cuando la anamnesis es limitada. Debe incluir la evaluación abdominal, el estado nutricional y cuando esté indicado, la inspección perianal. La identificación de señales de alarma como pérdida de peso, anemia no explicada, sangrado digestivo, dolor que despierta al niño en la noche, vómitos persistentes o diarrea crónica, obliga a una evaluación más exhaustiva y en muchos casos, a la referencia al gastroenterólogo pediátrico<sup>9,12</sup>.

### 3.5. Un principio clínico central

Un principio clave para el clínico es que los niños con TEA no presentan enfermedades GI diferentes, sino que las patologías comunes pueden manifestarse de manera distinta. Esta diferencia radica principalmente en la comunicación del síntoma y en la respuesta conductual al malestar, más que en la presencia de mecanismos fisiopatológicos específicos/proprios del TEA<sup>8-10</sup>.

#### 4. Constipación y trastornos funcionales intestinales en el trastorno del espectro autista

Entre los problemas digestivos asociados al TEA, la constipación funcional ocupa un lugar central por su alta prevalencia, impacto clínico y frecuentemente sub-diagnosticado<sup>2,5,13</sup>. En la práctica cotidiana, constituye el motivo más común de consulta GI en niños con TEA.

##### 4.1. Relevancia clínica

La constipación en niños con TEA no es un hallazgo menor. Puede asociarse a dolor abdominal crónico, distensión, encopresis, reflujo gastroesofágico secundario, diarrea por rebosamiento, rechazo alimentario y deterioro significativo de la calidad de vida. En muchos casos, estas manifestaciones son interpretadas inicialmente como problemas conductuales, retrasando el diagnóstico y el tratamiento adecuados<sup>10,14</sup>.

##### 4.2. Factores contribuyentes

La constipación en el TEA suele ser multifactorial. Entre los factores más relevantes se incluyen:

- Selectividad alimentaria, con bajo consumo de fibra y líquidos.
- Rutinas rígidas y resistencia a cambios en los hábitos de evacuación.
- Alteraciones en la percepción interna (sensación corporal interna) de la necesidad de defecar.
- Conductas de retención fecal, a menudo relacionadas con experiencias dolorosas previas.
- Uso de medicación psicotrópica con efecto sobre el tránsito intestinal.

Estos factores no son exclusivos del TEA, pero su coexistencia y persistencia tienden a ser más marcadas en esta población<sup>5,13</sup>.

##### 4.3. Presentación clínica

En niños con TEA, la constipación puede presentarse aun en presencia de deposiciones diarias. Heces duras, evacuaciones incompletas, retención crónica y encopresis son manifestaciones frecuentes. Por ello, limitar la evaluación a la frecuencia evacuatoria puede conducir a errores diagnósticos<sup>15</sup>.

##### 4.4. Enfoque diagnóstico

El diagnóstico de constipación funcional es fundamentalmente clínico y se basa en una anamnesis dirigida y un examen físico cuidadoso. Los criterios diagnósticos utilizados en la población pediátrica general son aplicables también en niños con TEA<sup>15,16</sup>.

En ausencia de señales de alarma, no se requieren estudios complementarios de rutina. La presencia de pérdida de peso, sangrado digestivo, anemia no explicada o mala respuesta al tratamiento inicial justifica una evaluación más exhaustiva<sup>16</sup>.

En presencia de señales de alarma sugestivas de patología gastrointestinal orgánica, debe considerarse una evaluación adicional, incluyendo la endoscopia, de manera dirigida y basada en la clínica, evitando su uso rutinario.

##### 4.5. Tratamiento y seguimiento

El tratamiento no difiere en esencia del recomendado para otros niños, pero presenta desafíos particulares relacionados con la adherencia y la coordinación con el entorno familiar y terapéutico/educativo<sup>16,17</sup>.

Los pilares del manejo incluyen:

- Desimpactación inicial cuando esté indicada
- Tratamiento de mantenimiento con laxa-



ntes osmóticos

- Intervenciones dietarias realistas, adaptadas a la selectividad del niño
- Educación a la familia, con énfasis en expectativas a mediano y largo plazo

La suspensión prematura del tratamiento de mantenimiento es una causa frecuente de recaída. La coordinación con cuidadores, escuela y terapeutas conductuales es clave para establecer rutinas de evacuación consistentes<sup>14,17</sup>.

#### 4.6. Impacto del tratamiento

Aunque el tratamiento de la constipación no modifica las características nucleares del TEA, su impacto en el bienestar del niño y su familia puede ser considerable, con mejoría del dolor, del sueño y del funcionamiento cotidiano en general<sup>10,14</sup>.

### 5. Selectividad alimentaria y riesgo nutricional en niños con TEA

La selectividad alimentaria es una de las características más frecuentes y persistentes en niños con TEA y una causa común de derivación a gastroenterología pediátrica y nutrición, aun en ausencia de síntomas GI evidentes<sup>18,19</sup>. El desafío clínico no es identificar la selectividad, sino determinar cuándo esta conducta implica un riesgo nutricional real.

Desde una perspectiva práctica, resulta útil diferenciar entre formas de selectividad alimentaria con distinto impacto clínico. La selectividad leve o esperable suele caracterizarse por un repertorio alimentario limitado pero suficiente para cubrir requerimientos nutricionales y con crecimiento adecuado. En contraste, la selectividad severa, compatible con un trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta (ARFID), se asocia a restricción marcada, exclusión de grupos completos de alimentos, interferencia significativa con la dinámica familiar o social y mayor riesgo de

deficiencias nutricionales. Esta distinción puede ayudar al pediatra a identificar aquellos casos que requieren una evaluación más especializada. La inclusión del trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos (ARFID) en el DSM-5 consolida su reconocimiento como entidad clínica independiente y enfatiza la importancia de un enfoque estructurado para su identificación y manejo, evitando su trivialización como una simple fase del desarrollo.

#### 5.1. Características clínicas

Los patrones de selectividad suelen incluir pobre variabilidad de oferta alimentaria, preferencia por determinadas texturas, colores o marcas, rechazo de grupos completos de alimentos y resistencia intensa a probar alimentos nuevos/neofobia<sup>18,20</sup>. Estos patrones están influenciados por factores sensoriales, rigidez cognitiva y experiencias alimentarias negativas previas.

#### 5.2. Selectividad conductual versus patología GI

No debe asumirse automáticamente que la selectividad alimentaria es puramente conductual. En algunos casos, puede asociarse a problemas GI subyacente, como dolor abdominal, reflujo gastroesofágico, constipación o, con menor frecuencia, esofagitis eosinofílica, etc.<sup>21</sup>.

La selectividad de inicio reciente, la pérdida de alimentos previamente aceptados o la coexistencia de síntomas GI deben motivar una evaluación clínica más cuidadosa.

#### 5.3. Riesgo de deficiencias nutricionales

Los niños con TEA y dietas altamente selectivas presentan mayor riesgo de deficiencias de micronutrientes, aun cuando el crecimiento antropométrico se mantenga dentro de rangos normales<sup>19,22</sup>. Entre los nutrientes más frecuentemente comprometidos se incluyen hierro, calcio, vitamina D, zinc, yodo y vitamina B12,

especialmente en dietas con exclusión de productos animales.

#### 5.4. Evaluación nutricional

La evaluación nutricional debe ser proporcional al riesgo clínico. Un enfoque apropiado incluye historia dietaria detallada (tipos, porciones, etc.), evaluación antropométrica e identificación de grupos de alimentos excluidos. Los estudios de laboratorio deben reservarse solo para situaciones con sospecha clínica de deficiencias o en niños con dietas altamente restrictivas.

#### 5.5. Rol del gastroenterólogo pediatra y del nutricionista

El gastroenterólogo pediatra cumple un rol clave al descartar patología digestiva relevante y de haberla encargarse de su manejo. El nutricionista es crítico en la priorización de objetivos nutricionales, el diseño de estrategias de suplementación y el apoyo en la ampliación progresiva del repertorio alimentario. La coordinación interdisciplinaria reduce intervenciones poco articuladas y expectativas poco realistas<sup>18,23</sup>.

#### 6. Dietas de eliminación y abordajes dietarios en niños con TEA

Las dietas de eliminación constituyen una de las intervenciones más solicitadas por familias de niños con TEA, incluso en ausencia de síntomas GI definidos. La dieta sin gluten y caseína (GFCF) es la más difundida y debatida.

##### 6.1. Dieta GFCF: racional propuesto

El racional de la dieta GFCF se basa en la hipótesis de que péptidos derivados del gluten y la caseína podrían influir en el comportamiento o los síntomas del TEA a través de mecanismos GI o del eje intestino-cerebro. Los defensores de la dieta sin gluten y caseína fundamentan su recomendación principalmente en la denomi-

nada hipótesis de los péptidos opioides. Según este modelo, la digestión incompleta del gluten y la caseína generaría péptidos bioactivos con actividad tipo opioide, como gliadorfinas y casomorfina, los cuales podrían atravesar la barrera intestinal con una permeabilidad aumentada y ejercer efectos a nivel del sistema nervioso central. Desde un punto de vista teórico, estos péptidos podrían modular la neurotransmisión y el comportamiento mediante la interacción con receptores opioides. Otras hipótesis propuestas incluyen alteraciones en la digestión proteica, respuestas inmunes atípicas y posibles interacciones con la microbiota intestinal. No obstante, la evidencia que respalda estos mecanismos en humanos es limitada, inconsistente y mayoritariamente indirecta, y no ha demostrado de manera concluyente beneficios clínicos reproducibles de la eliminación sistemática de gluten y caseína en niños con TEA<sup>24-26,31</sup>.

##### 6.2. Evidencia clínica

Ensayos clínicos pequeños y revisiones sistemáticas muestran resultados heterogéneos, con mejoras modestas en algunos pacientes estudiados y ausencia de beneficios en otros<sup>25-27</sup>. Las limitaciones metodológicas impiden recomendar la dieta GFCF como un tratamiento estándar del TEA.

##### 6.3. Subgrupos específicos

En niños con enfermedad celíaca, alergias alimentarias documentadas u otras patologías GI específicas, la indicación de dietas de eliminación se fundamenta en el diagnóstico digestivo y no en el TEA en sí mismo<sup>28</sup>.

##### 6.4. Riesgos de las dietas restrictivas

Las dietas de eliminación pueden asociarse a deficiencias nutricionales, mayor rigidez alimentaria y aumento del estrés familiar, especialmente en niños con selectividad preexistente<sup>29,30</sup>.



### 6.5. Cómo acompañar/supervisar una prueba dietaria

Cuando las familias desean realizar una prueba de eliminación dietaria, un enfoque estructurado y supervisado resulta más efectivo que una postura rígida. Una prueba razonable debe tener objetivos clínicos claros como: una duración limitada, evaluación nutricional previa y post y criterios definidos de suspensión si no se observa beneficios o por el contrario es contraproducente<sup>26,31</sup>.

### 6.6. Otras intervenciones dietarias

Además de la dieta GFCF, se han propuesto otras intervenciones dietarias, como dietas bajas en FODMAP, dietas “antiinflamatorias” o múltiples exclusiones alimentarias. La evidencia que respalda estas estrategias en el TEA es aún más limitada y en la mayoría de los casos, extrapolada de estudios en población adulta o en otros trastornos GI funcionales<sup>32</sup>.

En ausencia de síntomas GI claros, no existe justificación para dietas altamente restrictivas en niños con TEA. La prioridad debe ser siempre garantizar una ingesta adecuada y sostenible, compatible con el desarrollo y la calidad de vida del niño y su familia.

## 7. Microbiota intestinal y trastorno del espectro autista: entre evidencia e hipótesis

El interés por la microbiota intestinal de niños con TEA ha crecido de manera notable en la última década, impulsado por el reconocimiento del eje intestino–cerebro y por la alta frecuencia de síntomas GI en esta población. Sin embargo, la expansión de esta área ha ido acompañada de interpretaciones clínicas que superan a la evidencia disponible.

### 7.1. Evidencia descriptiva disponible

Diversos estudios han descrito diferencias en la composición de la microbiota intestinal entre

niños con TEA y controles sanos, incluyendo cambios en la abundancia relativa de ciertos géneros bacterianos y en la diversidad microbiana<sup>33-35</sup>. Estos hallazgos son de naturaleza descriptiva y presentan limitaciones metodológicas importantes, como tamaños muestrales pequeños, heterogeneidad entre estudios y control insuficiente de factores de confusión, especialmente la dieta, comorbilidades, estado nutricional y el uso de antibióticos. En consecuencia, las diferencias observadas deben interpretarse como asociaciones y no como evidencia de causalidad.

### 7.2. Asociación versus causalidad

Un error frecuente en la interpretación clínica es asumir que las alteraciones de la microbiota representan un mecanismo primario implicado en el desarrollo o la gravedad del TEA. Una interpretación más prudente considera que dichas alteraciones pueden ser consecuencia de factores comunes en esta población, como la selectividad alimentaria, los trastornos GI funcionales o las dietas restrictivas<sup>36</sup>. Hasta el momento, no existe evidencia sólida que demuestre que la modificación dirigida de la microbiota intestinal altere de forma consistente los rasgos nucleares del TEA.

### 7.3. Probióticos y prebióticos

Los ensayos clínicos que han evaluado probióticos y prebióticos en niños con TEA son pequeños y heterogéneos. Algunos reportan mejorías modestas en síntomas GI, mientras que otros no muestran beneficios significativos<sup>37-39</sup>. En este contexto, no es posible recomendar estas intervenciones como tratamiento específico/regular del TEA, aunque pueden considerarse de forma individualizada para el manejo de síntomas GI funcionales, siguiendo criterios similares a los de la población pediátrica general.

### 7.4. Trasplante de microbiota fecal

El trasplante de microbiota fecal ha sido explora-

do en estudios piloto con resultados preliminares alentadores en algunos parámetros GI y conductuales<sup>40</sup>. Sin embargo, la falta de grupos control adecuados y el perfil de riesgo potencial limitan su aplicación clínica. Actualmente, esta intervención no debe utilizarse fuera de protocolos de investigación por su alto potencial de riesgo en niños.

### 7.5. Tests comerciales de microbiota

En la práctica diaria, no es infrecuente que las familias consulten tras haber realizado análisis comerciales de microbiota intestinal. Estos estudios suelen ofrecer reportes extensos y recomendaciones dietarias o de suplementos, pero carecen de validación clínica y no cuentan con estándares diagnósticos aceptados.

Actualmente, no existen perfiles de microbiota intestinal que permitan diagnosticar TEA, guiar tratamientos o predecir respuesta clínica. El uso de estos tests puede conducir a intervenciones innecesarias, dietas restrictivas injustificadas y aumento del estrés familiar<sup>36,41</sup>.

### 7.6. Implicancias prácticas

Para el clínico, el enfoque de la microbiota en el TEA debe basarse en reconocer su interés científico sin extrapolar más allá de la evidencia disponible. Las intervenciones deben centrarse en síntomas GI clínicamente relevantes y en estrategias con beneficios comprobados y bajo riesgo.

### 8. ¿Cuándo derivar al gastroenterólogo pediatra a niños con TEA?

La decisión de derivar a un niño con TEA a gastroenterología pediátrica debe basarse en criterios clínicos claros. La presencia de TEA, por sí sola, no constituye una indicación de evaluación especializada<sup>8,9</sup>.

### 8.1. Indicaciones de derivación

Se recomienda la referencia del paciente cuando existan:

- Síntomas GI persistentes o de moderada a alta intensidad
- Falta de respuesta a un manejo inicial adecuado
- Signos de alarma, como pérdida de peso, sangrado digestivo, anemia no explicada, dolor nocturno o vómitos persistentes<sup>12,16</sup>.
- Rechazo a los alimentos y hay sospecha de patología GI subyacente<sup>21</sup>.
- Riesgo nutricional significativo por dietas restrictivas o selectividad severa<sup>18,19,22</sup>.

### 8.2. Situaciones en las que la derivación no suele estar indicada

No se recomienda la derivación rutinaria por sospecha de disbiosis sin síntomas GI, solicitud de tests de microbiota con fines diagnósticos o interés en dietas de eliminación sin una base clínica concreta<sup>36,41-45</sup>.

### 9. Modelo de atención interdisciplinaria

La atención de los problemas GI y nutricionales en niños con TEA se beneficia de un enfoque interdisciplinario que integre al pediatra, gastroenterólogo pediatra, nutricionista y profesionales del área conductual.

El pediatra general cumple un rol central como coordinador del cuidado, identificando síntomas relevantes, evaluando el riesgo nutricional y orientando a las familias frente a información no basada en evidencia. El gastroenterólogo pediatra aporta valor al descartar patología orgánica y optimizar el manejo de trastornos funcionales. El nutricionista es clave en la prevención de de-

ficiencias y en el acompañamiento de procesos de ampliación del repertorio alimentario.

Una comunicación clara y empática con la familia es esencial para reducir expectativas poco realistas y favorecer decisiones informadas.

### Cuadro 1

#### 10. Conclusiones y mensajes clave para la práctica clínica

Los problemas GI y nutricionales son frecuentes en niños con TEA y pueden tener un impacto significativo en su bienestar y en la dinámica familiar. No obstante, su abordaje clínico requiere equilibrio, evitando tanto el sobrediagnóstico impulsado por hipótesis no comprobadas; así como evitar no diagnosticar una patología digestiva real.

Los niños con TEA presentan las mismas enfermedades digestivas que la población pediátrica general, aunque con formas de presentación

particulares. La constipación funcional y la selectividad alimentaria representan los problemas más comunes y con mayor potencial de intervención efectiva.

Las dietas de eliminación y las intervenciones dirigidas a la microbiota intestinal no constituyen tratamientos estándar del TEA. Su uso, cuando se considera, debe ser individualizado, limitado en el tiempo y supervisado por profesionales capacitados.

Un enfoque basado en síntomas clínicos, señales de alarma y riesgo nutricional, junto con un modelo de atención interdisciplinaria, permite optimizar la calidad del cuidado y responder de manera adecuada a las preocupaciones de las familias.

En la práctica clínica cotidiana, este enfoque permite al pediatra diferenciar con mayor claridad cuándo intervenir, cuándo derivar y cuándo evitar intervenciones innecesarias. **Cuadro 2**

**Cuadro 1.** Enfoque práctico en niños con TEA: síntomas gastrointestinales y criterios de derivación

Categoría	Elementos clave	Implicancia clínica
Síntomas GI más frecuentes	Constipación, dolor abdominal recurrente, distensión, diarrea intermitente, encopresis, reflujo/vómitos	Generalmente corresponden a trastornos funcionales; requieren evaluación clínica dirigida
Características de la presentación	Expresión atípica (irritabilidad, trastornos del sueño, cambios conductuales)	Considerar síntoma GI subyacente antes de atribuirlo a conducta
Factores contribuyentes	Selectividad alimentaria, rutinas rígidas, retención fecal, medicación	Frecuentemente multifactorial; relevante para manejo
Indicaciones de derivación	Síntomas persistentes o moderados-severos; falta de respuesta al manejo inicial	Evaluación especializada recomendada
Señales de alarma ("red flags")	Pérdida de peso, anemia, sangrado digestivo, dolor nocturno, vómitos persistentes, diarrea crónica	Requieren estudio diagnóstico más exhaustivo
Riesgo nutricional	Dietas restrictivas, exclusión de grupos alimentarios, sospecha de deficiencias	Considerar derivación a nutrición ± gastroenterología
Situaciones donde NO se debe derivar rutinariamente	Sospecha de disbiosis sin síntomas, solicitud de test de microbiota, dietas sin indicación clínica	Evitar intervenciones innecesarias

**Cuadro 2.** Mensajes clave (“take-home messages”)

- Los síntomas GI en niños con TEA son frecuentes y clínicamente relevantes.
- La constipación funcional es el problema GI más común y uno de los más subdiagnosticados.
- La selectividad alimentaria no siempre implica riesgo nutricional, pero requiere evaluación cuidadosa.
- Las dietas de eliminación no son tratamientos estándar del TEA y deben manejarse con cautela.
- La microbiota intestinal es un campo de investigación activo, con aplicaciones clínicas limitadas en la actualidad.
- La derivación a gastroenterología debe basarse en criterios clínicos claros.
- La atención interdisciplinaria y la comunicación empática con las familias son fundamentales.

**REFERENCIAS**

- Buie T, Campbell DB, Fuchs GJ III, et al. Evaluation, diagnosis, and treatment of gastrointestinal disorders in individuals with ASDs: a consensus report. *Pediatrics*. 2010;125(Suppl 1):S1–18.
- McElhanon BO, McCracken C, Karpen S, Sharp WG. Gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2014;133(5):872–883.
- Holingue C, Newill C, Lee LC, Pasricha PJ, Daniele Fallin M. Gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder: a review of the literature on ascertainment and prevalence. *Autism Res*. 2018;11(1):24–36.
- Chaidez V, Hansen RL, Hertz-Picciotto I. Gastrointestinal problems in children with autism, developmental delays or typical development. *J Autism Dev Disord*. 2014;44(5):1117–1127.
- Gorrindo P, Williams KC, Lee EB, et al. Gastrointestinal dysfunction in autism: parental report, clinical evaluation, and associated factors. *Autism Res*. 2012;5(2):101–108.
- Mazurek MO, Vasa RA, Kalb LG, et al. Anxiety, sensory over-responsivity, and gastrointestinal problems in children with autism spectrum disorders. *J Abnorm Child Psychol*. 2013;41(1):165–176.
- Prosperi M, Santocchi E, Muratori F, et al. Microbiota alterations in autism spectrum disorder: a systematic review. *Nutrients*. 2019;11(3):521.
- Coury DL, Ashwood P, Fasano A, et al. Gastrointestinal conditions in children with autism spectrum disorder: developing a research agenda. *Pediatrics*. 2012;130(Suppl 2):S160–168.
- Hyman SL, Levy SE, Myers SM. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics*. 2020;145(1):e20193447.
- Ferguson BJ, Marler S, Altstein LL, et al. Associations between cytokines, endocrine stress response, and gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder. *Brain Behav Immun*. 2016;58:57–62.
- Mazefsky CA, Herrington J, Siegel M, et al. The role of emotion regulation in autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(7):679–688.
- Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, et al. Functional disorders: children and adolescents. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1456–1468.
- Afzal N, Murch S, Thirupathy K, et al. Constipation with acquired megarectum in children with autism. *Pediatrics*. 2003;112(4):939–942.
- Koppen IJN, Benninga MA, Tabbers MM. Is constipation associated with autism spectrum disorder? *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2016;63(4):e85–90.
- Benninga MA, Faure C, Hyman PE, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1443–1455.
- Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014;58(2):258–274.
- Williams KC, Christofi FL, Clemmons T, et al. Gastrointestinal dysfunction in autism spectrum disorder: development of a symptom inventory. *Autism Res*. 2012;5(2):84–92.
- Sharp WG, Berry RC, McCracken C, et al. Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord*. 2013;7(9):1056–1063.
- Bandini LG, Anderson SE, Curtin C, et al. Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *J Pediatr*. 2010;157(2):259–264.
- Cermak SA, Curtin C, Bandini LG. Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. *J Am Diet Assoc*. 2010;110(2):238–246.
- Jensen ET, Dellon ES. Environmental factors and eosinophilic esophagitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2018;142(1):32–40.
- Hyman SL, Stewart PA, Schmidt B, et al. Nutrient intake from food in children with autism. *Pediatrics*. 2012;130(Suppl 2):S145–153.
- Curtin C, Hubbard K, Anderson SE, et al. Food selectivity, mealtime behavior problems, spousal stress, and family food choices in children with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2015;45(10):3308–3315.
- Elder JH, Shankar M, Shuster J, et al. The gluten-free, casein-free diet in autism: results of a preliminary double blind clinical trial. *J Autism Dev Disord*. 2006;36(3):413–420.
- Millward C, Ferriter M, Calver S, Connell-Jones G. Gluten- and casein-free diets for autistic spectrum disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(2):CD003498.
- Piwowarczyk A, Horvath A, Pisula E, Szajewska H. Gluten- and casein-free diet and autism spectrum disorders in children: a systematic review. *Eur J Nutr*. 2018;57(2):433–440.
- Sathe N, Andrews JC, McPheeters ML, Warren ZE. Nutritional and dietary interventions for autism spectrum disorder: a systematic review. *Pediatrics*. 2017;139(6):e20170346.
- Lionetti E, Catassi C. The role of environmental factors in the development of celiac disease: what is new? *Foods*. 2019;8(9):415.
- Mari-Bauset S, Zazpe I, Mari-Sanchis A, et al. Food selectivity in autism spectrum disorders: a systematic review. *J Child Neurol*. 2014;29(11):1554–1561.

34. Ranjan S, Nasser JA. Nutritional status of individuals with autism spectrum disorders: do we know enough? *Adv Nutr.* 2015;6(4):397–407.
35. Hyman SL, Levy SE. Dietary interventions in autism spectrum disorder: review of the evidence. *Pediatrics.* 2014;134(Suppl 2):S187–194.
36. Francavilla R, Cristofori F, Castellaneta S, et al. Low FODMAP diet in pediatric functional bowel disorders. *Nutrients.* 2018;10(8):1063.
37. Strati F, Cavalieri D, Albanese D, et al. New evidences on the altered gut microbiota in autism spectrum disorders. *Microbiome.* 2017;5(1):24.
38. Kang DW, Park JG, Ilhan ZE, et al. Reduced incidence of *Prevotella* and other fermenters in intestinal microflora of autistic children. *PLoS One.* 2013;8(7):e68322.
39. Vuong HE, Hsiao EY. Emerging roles for the gut microbiome in autism spectrum disorder. *Biol Psychiatry.* 2017;81(5):411–423.
40. Sharon G, Cruz NJ, Kang DW, et al. Human gut microbiota from autism spectrum disorder promote behavioral symptoms in mice. *Cell.* 2019;177(6):1600–1618.
41. Santocchi E, Guiducci L, Prosperi M, et al. Effects of probiotic supplementation on gastrointestinal, sensory and core symptoms in autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. *J Autism Dev Disord.* 2020;50(9):319–333.
42. Parracho HMRT, Gibson GR, Knott F, et al. A double-blind, placebo-controlled, crossover-designed probiotic feeding study in children diagnosed with autistic spectrum disorders. *Br J Nutr.* 2010;103(2):222–227.
43. He X, Liu W, Tang F, Chen X, Song G. Effects of probiotics on autism spectrum disorder in children: a systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Nutrients.* 2023;15(6):1415. doi:10.3390/nu15061415.
44. Kang DW, Adams JB, Gregory AC, et al. Microbiota transfer therapy alters gut ecosystem and improves gastrointestinal and autism symptoms. *Sci Rep.* 2017;7:1–16.
45. Porcari S, Mullish BH, Asnicar F, Ng SC, Zhao L, Hansen R, et al. International consensus statement on microbiome testing in clinical practice. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2025;10(2):154–167. doi:10.1016/S2468-1253(24)00311-X.
46. Quan L, Xu X, Cui Y, et al. A systematic review and meta-analysis of the benefits of a gluten-free diet and/or casein-free diet for children with autism spectrum disorder. *Nutr Rev.* 2022;80(5):1237–1246. doi:10.1093/nutrit/nuab073.
47. Yu Y, Huang J, Chen X, et al. Efficacy and safety of diet therapies in children with autism spectrum disorder: a systematic literature review and meta-analysis. *Front Neurol.* 2022;13:844117. doi:10.3389/fneur.2022.844117.
48. Petropoulos A, Stavropoulou E, Tsigalou C, Bezirtzoglou E. Microbiota gut–brain axis and autism spectrum disorder: mechanisms and therapeutic perspectives. *Nutrients.* 2025;17(18):2984. doi:10.3390/nu17182984.
49. Hassib L, Kanashiro A, Pedrazzi JFC, et al. Microbiota-based therapies as novel targets for autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2025;139:111385. doi:10.1016/j.pnpbp.2025.111385.