

Retrognatia en el Primer Año de Vida

Posicionamiento Oficial de la AELNL

¿Qué es un Documento de Posicionamiento de la AELNL?

Los documentos de posicionamiento de la Academia Española de Logopedia en Neonatos y Lactantes (AELNL) son declaraciones formales basadas en la evidencia científica, la experiencia clínica y los principios éticos de nuestra institución. Su objetivo es ofrecer claridad profesional en temas donde existe variabilidad de criterios, prácticas no consensuadas o áreas emergentes dentro de la logopedia neonatal y pediátrica especializada en alimentación.

A diferencia de una guía clínica o un protocolo operativo, un documento de posicionamiento:

- Define la postura institucional de la AELNL sobre un tema específico.
- Sintetiza la evidencia disponible, identificando lo que se sabe, lo que se sospecha y lo que aún no está respaldado científicamente.
- Orienta al profesional sobre criterios éticos, límites competenciales y recomendaciones basadas en la función y la seguridad del bebé.
- Favorece la coherencia clínica, evitando prácticas desalineadas con la fisiología, la neuroprotección o la evidencia.
- Contribuye a la visibilización del campo profesional y a la consolidación de estándares de calidad en la atención neonatal.

Estos documentos están diseñados para ser abiertos, públicos y actualizables, en sintonía con el avance científico y la evolución de la práctica clínica.

Objetivo del Documento de Posicionamiento sobre Retrognatia

Este documento de posicionamiento tiene como finalidad:

- Clarificar la postura oficial de la AELNL respecto a la retrognatia en el recién nacido y el lactante, diferenciando entre retrognatia fisiológica y retrognatia funcionalmente limitante.
- Delimitar qué prácticas están respaldadas por la evidencia y cuáles carecen de soporte científico, especialmente aquellas que buscan modificar la estructura mandibular mediante técnicas pasivas o manipulativas.
- Establecer un marco funcional y ético que oriente la evaluación, el seguimiento y la intervención clínica.
- Favorecer la coordinación interdisciplinar entre logopedas, fisioterapeutas, odontopediatras, neonatólogos y otros profesionales implicados.
- Proteger la calidad asistencial y la seguridad del bebé, evitando intervenciones innecesarias o contraproducentes.

- Defender el rol del logopeda sanitario como profesional competente para la valoración de la succión, la función orofacial y la coordinación succión–deglución–respiración.

Alcance del Documento

Este posicionamiento se dirige a:

- Logopedas sanitarios especializados en alimentación neonatal y pediátrica.
- Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y otros profesionales que atienden a bebés con dificultades orofaciales.
- Equipos neonatales y pediátricos que requieren criterios comunes para el abordaje funcional.
- Familias interesadas en comprender la base científica detrás de las intervenciones propuestas.

Compromiso Institucional

Los documentos de posicionamiento de la AELNL forman parte de nuestro compromiso continuo con la claridad profesional, el rigor científico y la seguridad clínica en la atención neonatal y pediátrica. Cada posicionamiento contribuye a consolidar criterios comunes, orientar la práctica basada en evidencia y proteger la calidad asistencial ofrecida a los bebés y sus familias.

Este documento se integra dentro de esa línea institucional y será revisado periódicamente para asegurar su coherencia con el avance de la ciencia, la experiencia clínica y las necesidades de la profesión.

Este documento fue revisado en noviembre de 2025.

Introducción

La retrognatia constituye una característica anatómica frecuente en el recién nacido y el lactante, reflejo del crecimiento diferencial entre el maxilar superior y la mandíbula durante la vida intrauterina y los primeros meses de desarrollo. En la mayoría de los casos, esta condición es fisiológica y transitoria, resolviéndose progresivamente con el crecimiento mandibular estimulado por la función orofacial activa: la succión, el cierre anterior, la respiración nasal y la postura lingual.

En los últimos años, el término “retrognatia” ha adquirido una creciente visibilidad en la práctica clínica de fisioterapia, osteopatía y logopedia. Sin embargo, la diversidad de enfoques, la falta de criterios diagnósticos consensuados y el uso de intervenciones manuales sobre estructuras mandibulares o del suelo de la boca sin supervisión funcional plantean la necesidad de establecer una posición institucional clara desde la logopedia neonatal.

La Academia Española de Logopedia en Neonatos y Lactantes (AELNL) considera prioritario establecer un marco conceptual basado en evidencia científica que oriente la evaluación y el acompañamiento de estos casos.

Este documento tiene por objetivo ofrecer un marco técnico y ético común para logopedas y fisioterapeutas que abordan el desarrollo mandibular y la función orofacial en la primera infancia, favoreciendo una práctica integrada, segura y centrada en la función.

Objetivos del documento

1. Describir de forma resumida los procesos de crecimiento mandibular desde la embriología hasta los primeros años de vida, identificando los mecanismos fisiológicos que regulan la maduración estructural y funcional del sistema orofacial.
2. Definir la posición de la AELNL respecto al abordaje de la retrognatia en las primeras semanas y meses de vida.
3. Analizar la evidencia científica disponible sobre la relación entre función orofacial (succión, cierre anterior, respiración nasal, postura lingual) y desarrollo mandibular, identificando áreas de consenso, hipótesis clínicas y vacíos de conocimiento.
4. Proponer indicadores clínicos de alarma y criterios de derivación interdisciplinaria.
5. Describir los parámetros de evaluación y seguimiento funcional recomendados por la AELNL, priorizando la observación clínica, la valoración funcional y el registro fotográfico estandarizado.

6. Establecer los principios de competencia profesional y coordinación interdisciplinaria, basado en la evidencia científica internacional.
7. Expresar el posicionamiento institucional de la AELNL frente al tratamiento de la retrognatia, enfatizando que el crecimiento mandibular se favorece a través de la organización funcional y no mediante la manipulación estructural pasiva.

Embriología y morfogénesis temprana

El desarrollo de la mandíbula comienza alrededor de la cuarta semana de gestación, dentro del primer arco faríngeo, también conocido como arco mandibular. En esta fase, el cartílago de Meckel actúa como un eje temporal: no se convierte directamente en hueso, sino que guía el proceso de osificación intramembranosa del mesénquima circundante, que dará origen al cuerpo mandibular (Fabik et al., 2021). Las regiones condilar, coronoidea y sinfisaria, en cambio, se desarrollan a partir de cartílagos secundarios, estructuras especializadas que responden de forma activa a estímulos mecánicos y hormonales durante el crecimiento (Velasco et al., 2009; Anthwal et al., 2023).

Existe consenso en que el crecimiento mandibular es el resultado de la interacción entre factores genéticos, tisulares y funcionales, más que de un único determinante (Pirttiniemi et al., 2009). El cartílago condilar contribuye a la elongación, mientras que la remodelación cortical por aposición y reabsorción determina los cambios morfológicos en cuerpo y ramo mandibular. A su vez, las fuerzas funcionales —provenientes de la lengua, los labios y la musculatura masticatoria— orientan el vector de crecimiento.

A mediados del siglo XX, la Hipótesis de las Matrices Funcionales propuesta por Melvin Moss (Kyrkanides et al., 2011) revolucionó la comprensión del crecimiento craneofacial al afirmar que los huesos se adaptan a las demandas funcionales de los tejidos blandos. Estudios posteriores con modelos animales y revisiones histológicas respaldaron parcialmente esta idea (Do et al., 2021), mostrando que la función orofacial activa influye en la diferenciación condilar y en la orientación del crecimiento mandibular. No obstante, aún no se dispone de métodos clínicos para medir o cuantificar de forma objetiva ese impacto en humanos durante el periodo neonatal, por lo que el grado de influencia de la función sigue siendo difícil de establecer (Capote, 2023).

En los últimos años, algunas líneas clínicas han planteado la hipótesis de que un frenillo lingual corto o restrictivo podría influir en la retrognatia durante la vida intrauterina (Ito, 2014). Según esta interpretación, una movilidad lingual limitada impediría que la lengua ejerza su función de moldeamiento sobre el paladar y el suelo de la boca, afectando la relación de crecimiento entre maxilar y mandíbula.

Sin embargo, la evidencia científica disponible no demuestra una relación causal directa entre la longitud del frenillo y el desarrollo mandibular prenatal (Francis et al., 2015; Messner et al., 2020; Mills et al., 2019). Aunque en los últimos años han surgido estudios que exploran asociaciones entre anquiloglosia y características craneofaciales o maloclusiones, estos trabajos presentan diseños transversales, muestras heterogéneas y ausencia de control de variables clave, lo que limita su fortaleza metodológica y los sitúa en un nivel de evidencia bajo (nivel C).

La revisión de Ito (2014) es una de las pocas que aborda esta hipótesis de manera explícita, y concluye que la evidencia disponible es insuficiente para establecer causalidad, por lo que esta relación debe considerarse una hipótesis clínica no validada a la luz del conocimiento actual.

Por el contrario, la literatura sí reconoce que, tras el nacimiento, una restricción funcional significativa de la lengua —ya sea por un frenillo corto o por un patrón de movimiento ineficaz— puede interferir con la función de succión y deglución, afectando indirectamente el desarrollo orofacial y mandibular (Cudzilo et al., 2018). Esto refuerza la idea de que el abordaje clínico debe centrarse en la función postnatal observable, más que en atribuir un origen embriológico no comprobado.

En resumen, la formación de la mandíbula responde a un equilibrio dinámico entre la programación genética y la estimulación funcional. Aunque la hipótesis del frenillo corto como causa primaria de retrognatia resulta clínicamente atractiva, la evidencia actual la considera especulativa, sin respaldo empírico suficiente. Las investigaciones más consistentes sostienen que el crecimiento mandibular temprano depende sobre todo de la maduración condilar, la actividad muscular y la organización funcional orofacial (Fabik et al., 2021; Pirttiniemi et al., 2009; Velasco et al., 2009).

Crecimiento posnatal temprano y papel de la función (0–5 años)

Tras el nacimiento, la mandíbula experimenta un proceso continuo de crecimiento y remodelado, determinado tanto por la maduración biológica como por la experiencia funcional del recién nacido. A diferencia del periodo prenatal, en los primeros meses de vida el crecimiento mandibular se vuelve altamente dependiente de la función neuromuscular, especialmente de la succión, la deglución y la respiración (Pirttiniemi et al., 2009).

Crecimiento estructural y vectorial

El crecimiento mandibular se produce mediante tres mecanismos principales: osificación endocondral en el cóndilo, aposición y reabsorción cortical a lo largo del cuerpo y el ramo

mandibular, y desplazamiento global anterior del conjunto mandibular (Capote, 2023). Estos procesos generan un vector antero-inferior que disminuye progresivamente la retrognatia fisiológica propia del neonato (Velasco et al., 2009).

El cóndilo mandibular, región altamente plástica en los primeros años de vida, responde a las cargas musculares y a la presión articular derivadas de la función oral (Anthwal et al., 2023). La mayoría de los autores coinciden en considerarlo un sitio de crecimiento adaptativo, más que un centro autónomo de elongación (Pirttiniemi et al., 2009).

Retrognatia fisiológica y retrognatia funcionalmente limitante

Durante el periodo neonatal, la mandíbula se encuentra fisiológicamente más retraída respecto al maxilar superior, lo que se considera una retrognatia funcional y transitoria (Kane et al., 2023). Este patrón anatómico es esperable en los primeros meses de vida y cumple una función protectora: facilita la oclusión labial y la elevación lingual necesaria para la succión.

No obstante, en algunos casos la retrusión mandibular puede asociarse a limitaciones funcionales reales que interfieren con la alimentación o la respiración. Se habla entonces de una retrognatia disfuncional o patológica, término que debe reservarse para aquellos bebés que presentan signos clínicos como:

- imposibilidad de generar presión intraoral negativa,
- fatiga temprana durante la toma,
- colapso labial o lingual,
- escape de leche o dificultad para mantener el sello labial,
- o episodios de desaturación y compensación respiratoria durante la succión.

A la fecha, no existe un consenso internacional que defina con precisión los límites cuantitativos entre retrognatia fisiológica y retrognatia disfuncional. Los sistemas de medición cefalométrica o fotogramétrica, útiles en ortodoncia o cirugía pediátrica, no están validados para neonatos (Kane et al., 2023). En la práctica clínica neonatal, la valoración se apoya más en la observación funcional que en la morfometría estructural (Francis et al., 2015).

Diversos autores coinciden en que el parámetro más confiable para diferenciar una retrognatia fisiológica de una limitante es la eficacia de la succión (Cudzilo et al., 2018). Un neonato con retrognatia visible pero con succión organizada, transferencia adecuada y respiración nasal estable no requiere intervención estructural, sino acompañamiento postural y seguimiento. Por el contrario, un lactante con dificultad persistente para mantener el sello anterior o que necesita posturas compensatorias sostenidas requiere

evaluación funcional interdisciplinar, donde el logopeda, el fisioterapeuta y el odontopediatra analicen la coordinación orofacial y el confort respiratorio.

En síntesis, la retrognatia solo se vuelve clínicamente relevante cuando afecta la función, no por su apariencia. Esta distinción es fundamental para evitar intervenciones innecesarias y orientar los esfuerzos terapéuticos hacia la reorganización funcional, no hacia la manipulación morfológica.

La función como moduladora del crecimiento mandibular

La función orofacial —especialmente la succión nutritiva, la deglución y la respiración nasal— es el principal estímulo mecánico que orienta la maduración de la mandíbula y su integración con el resto del sistema craneofacial (Cudzilo et al., 2018; Kyrkanides et al., 2011). Durante la lactancia, los movimientos repetidos de la lengua y los labios generan una estimulación rítmica del cóndilo y de las suturas faciales, promoviendo un patrón de crecimiento armonioso y estable.

Estudios poblacionales han mostrado que los niños amamantados presentan, en promedio, una mayor proyección mandibular y equilibrio transversal facial que aquellos alimentados exclusivamente con biberón, aunque la magnitud de estas diferencias es pequeña y de significado clínico limitado (Goovaerts et al., 2024). Estos hallazgos refuerzan la hipótesis de que el movimiento funcional repetido, más que las fuerzas pasivas externas, orienta el vector de crecimiento (Pirttiniemi et al., 2009).

En cambio, patrones como la respiración oral crónica, la falta de sello labial o la hipoactividad lingual pueden modificar la dirección del crecimiento mandibular, aumentando la rotación posterior o el déficit anteroinferior (Do et al., 2021). Aun así, la evidencia sigue siendo heterogénea, y no permite establecer relaciones causales directas; la mayoría de los estudios disponibles son observacionales o de cohorte transversal (nivel B–C).

Síntesis clínica y perspectivas

El crecimiento mandibular en los primeros años de vida resulta de una sinergia entre maduración estructural y estimulación funcional. La variabilidad individual es amplia y fisiológica, por lo que la valoración profesional debe centrarse en la eficacia funcional de la alimentación y la respiración, no en la alineación morfológica.

De acuerdo con la evidencia actual, la retrognatia fisiológica no se “corrige”, sino que evoluciona con la función. Los esfuerzos terapéuticos deben dirigirse a facilitar la succión eficaz, el cierre labial anterior y la respiración nasal, optimizando así la maduración del sistema orofacial. Cualquier intervención que busque modificar la estructura mandibular

sin integrar la función carece de respaldo empírico y se aleja de la práctica basada en evidencia.

Medición y seguimiento funcional

Propuesta AELNL

La Academia Española de Logopedia en Neonatos y Lactantes (AELNL) propone que la valoración y el seguimiento de la retrognatia en el contexto neonatal y del lactante se fundamenten en un enfoque funcional, reproducible y respetuoso con la fisiología del bebé, basado en tres ejes principales:

1. **Observación funcional sistemática:**

Valoración directa de la eficacia de succión, la coordinación succión–deglución–respiración, el cierre anterior labial y la postura lingual en reposo, tanto durante la alimentación como en estados de reposo y alerta (Cudzilo et al., 2018).

2. **Registro fotográfico estandarizado:**

Documentación longitudinal mediante imágenes frontales y de perfil, con referencias anatómicas simples (plano bipupilar, plano de Frankfurt y plano oclusal). Estas imágenes no buscan medir milímetros, sino evidenciar cambios funcionales observables, como el establecimiento del sello labial, la simetría facial y la posición de reposo mandibular.

3. **Checklist orofacial y de lactancia:**

Registro estructurado que incluya la observación de parámetros orofaciales y aspectos clínicos de la lactancia, tales como:

- dolor o grietas en el pezón,
- signos de compresión o pinzamiento areolar,
- obstrucciones o ingurgitaciones recurrentes,
- transferencia insuficiente o ineficiente de leche,
- posturas compensatorias del bebé durante la toma.

Estos indicadores se reconocen como manifestaciones indirectas de disfunción oromandibular o retrognatia funcional (Messner et al., 2020; Geddes et al., 2019).

La calidad de la evidencia que vincula dolor materno y dificultad mecánica de succión con retrusión mandibular es moderada (nivel B): los estudios son principalmente observacionales y de cohorte, pero consistentes en sus hallazgos.

Factores funcionales asociados

Lactancia y disfunción mandibular

En bebés con retrognatía funcional, la dificultad para mantener el sello anterior o elevar la lengua puede generar una presión negativa intraoral insuficiente, traducándose en succión débil o ineficaz. En la madre, esto se manifiesta como dolor en el pezón, grietas recurrentes u obstrucciones, incluso cuando la técnica postural es correcta (Geddes et al., 2019).

La intervención logopédica debe orientarse a restaurar la biomecánica funcional de la toma —succión rítmica, cierre anterior estable, respiración nasal coordinada—, más que a modificar estructuras anatómicas sin evidencia causal.

Uso del chupete y dispositivos orales

El uso de chupete o tetina artificial constituye una variable relevante en el desarrollo del sello anterior y del crecimiento mandibular. La literatura internacional muestra que el uso prolongado o inadecuado del chupete puede alterar la función de cierre labial y modificar el patrón de apoyo lingual, afectando la maduración del vector de crecimiento anteroinferior (Peres et al., 2018; Goovaerts et al., 2024).

Sin embargo, la evidencia es heterogénea (nivel C):

- Los efectos dependen del tiempo y frecuencia de uso, del tipo de chupete (forma, tamaño, base flexible o rígida) y del momento de introducción.
- El uso puntual o de corta duración no se ha asociado de manera consistente con alteraciones en el crecimiento mandibular.
- La interrupción temprana del uso se asocia a reversibilidad completa de los efectos funcionales (Peres et al., 2018).

Por ello, la AELNL recomienda:

- Favorecer la succión nutritiva y no nutritiva fisiológica (pecho, piel con piel, chupete cuando la familia lo use en su modelo de crianza).
- Evitar el uso de chupetes rígidos o de base amplia que impidan el cierre labial anterior.
- Acompañar a las familias en la observación funcional del sello labial y la respiración durante el uso del chupete, como parte del seguimiento global del desarrollo orofacial.

Priorizar la función sobre la morfometría

La AELNL enfatiza que el seguimiento del crecimiento mandibular debe basarse en indicadores funcionales observables y no en mediciones estructurales aisladas. Las herramientas cefalométricas o fotogramétricas disponibles carecen de validación en población neonatal (Kane et al., 2023).

Por el contrario, la observación funcional y la documentación fotográfica permiten evaluar la evolución del sello labial, la simetría facial, la eficacia de succión y el confort respiratorio, todos ellos marcadores clínicos de progreso funcional.

Posicionamiento AELNL

La AELNL sostiene que el crecimiento mandibular se favorece a través de la organización funcional coordinada, que incluye:

- Succión eficaz y rítmica.
- Cierre anterior competente y estable.
- Respiración nasal libre y sin compensaciones.
- Postura lingual de reposo adaptativa.
- Uso prudente y funcionalmente guiado de dispositivos orales.

La intervención debe centrarse en restaurar y optimizar patrones funcionales, no en tratar “tensiones” inespecíficas mediante manipulación tisular.

La evidencia disponible apoya un enfoque interdisciplinario y funcional, donde logopedas, fisioterapeutas, neonatólogos, odontopediatras y terapeutas ocupacionales colaboren desde la observación objetiva, el acompañamiento y la regulación sensoriomotora del bebé (Goovaerts et al., 2024; Francis et al., 2015).

Competencia profesional y colaboración interdisciplinaria

El abordaje de la retrognatia y de las disfunciones orofaciales en lactantes requiere una comprensión profunda de la interdependencia entre estructura y función. En este contexto, la Academia Española de Logopedia en Neonatos y Lactantes (AELNL) considera esencial definir los límites competenciales de cada disciplina y fomentar la colaboración interdisciplinaria sin pérdida de responsabilidad funcional.

En la práctica clínica española actual, es frecuente que la retrognatia o la hipomotricidad mandibular en los primeros meses de vida se traten desde fisioterapia mediante masajes, presiones o maniobras miofasciales sobre el suelo de la boca o la musculatura masticadora (ptergoideos, digástricos, milohioideo, geniioideo). Aunque tales intervenciones pueden tener un papel complementario en la regulación del tono o la movilidad tisular, no sustituyen la valoración ni la intervención funcional logopédica.

Marco competencial y respaldo normativo

El logopeda es un profesional sanitario regulado en España por el *Real Decreto 614/1997* y la *Orden CIN/726/2009*, con competencias para la prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la comunicación, el lenguaje, la voz, la deglución y las funciones orofaciales.

Este marco coincide con las directrices internacionales de referencia:

- La European Speech and Language Therapy Association (ESLA, 2021) reconoce la intervención logopédica neonatal como el abordaje de la succión, deglución y respiración en su integración funcional y comunicativa.
- La American Speech-Language-Hearing Association (ASHA, 2016; 2021) establece que la evaluación y el tratamiento de la alimentación y deglución pediátrica son competencias exclusivas del logopeda, abarcando las fases oral y orofaríngea.
- El Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT) y la Irish Association of Speech and Language Therapists (IASLT) sitúan la función orofacial y alimentaria neonatal dentro del ámbito central de la logopedia clínica.
- La National Association of Neonatal Therapists (NANT, 2021) subraya que el abordaje neonatal debe ser interdisciplinario y centrado en la función, priorizando la autorregulación del bebé y evitando manipulaciones estructurales sin base fisiológica.

A nivel nacional, tanto el Consejo General de Colegios de Logopedas como los colegios profesionales autonómicos establecen que la succión, la deglución y las funciones orofaciales pertenecen al ámbito de la logopedia y que su alteración requiere una valoración específica por parte del logopeda sanitario.

Principios de coordinación y derivación

La AELNL sostiene que toda intervención en un lactante con retrognatia o disfunción mandibular debe cumplir los siguientes principios:

1. Toda acción estructural requiere acompañamiento funcional.

Cualquier tratamiento manual sobre el suelo de la boca, musculatura mandibular o facial debe ir acompañado de una valoración logopédica de la función de succión, deglución y respiración.

2. Derivación y comunicación interdisciplinaria.

Si un logopeda conoce que un lactante recibe tratamiento fisioterapéutico con fines mandibulares u orofaciales, tiene el deber de coordinar o promover la derivación a logopedia, a fin de asegurar la continuidad asistencial y la preservación de la función.

3. Evitar la fragmentación terapéutica.

Actuar sobre la estructura sin supervisión funcional puede alterar la organización oromotora y reducir la eficacia de la succión o del cierre anterior, especialmente en etapas tempranas de maduración neuromotora.

La evidencia disponible en población neonatal muestra que las intervenciones orales o faciales no integradas con la función de alimentación pueden inducir patrones compensatorios no funcionales, desorganización del ritmo succión–deglución–respiración y alteraciones de la propiocepción orofacial (Lau & Smith, 2012; Fucile et al., 2002; Fucile et al., 2005; Arvedson et al., 2010; Mizuno & Ueda, 2003; Barlow et al., 2014).

En estos estudios se destaca que la eficacia de la intervención sensoriomotora depende de su sincronización con la función alimentaria, ya que los circuitos neuromotores del sistema orofacial son altamente dependientes de la retroalimentación táctil y propioceptiva.

Por ello, toda manipulación o masaje sobre estructuras mandibulares, del suelo de la boca o musculatura masticatoria debe realizarse dentro de un marco funcional supervisado por el logopeda, a fin de preservar la coordinación oral y la calidad del patrón de succión.

(Nivel de evidencia: B – estudios experimentales y revisiones sistemáticas sobre estimulación oral y coordinación oromotora en población neonatal.)

4. Priorizar la función sobre la forma.

Los objetivos compartidos entre fisioterapia y logopedia deben centrarse en la organización funcional orofacial, no en la “corrección” morfológica.

Síntesis institucional

La Academia Española de Logopedia en Neonatos y Lactantes (AELNL) sostiene que la retrognatia en los primeros meses de vida debe entenderse, en la mayoría de los casos, como una característica fisiológica del desarrollo, consecuencia del crecimiento secuencial del maxilar y la mandíbula.

El crecimiento mandibular se favorece y orienta por la función, no por la manipulación estructural. La evidencia científica demuestra que los estímulos más potentes para el

desarrollo orofacial son la succión nutritiva y no nutritiva fisiológica, el cierre anterior estable, la respiración nasal libre y la postura lingual adaptativa.

No existe evidencia sólida que respalde el tratamiento de la retrognatia mediante presiones, masajes o técnicas miofasciales sobre la musculatura mandibular o del suelo de la boca. Por el contrario, la literatura actual enfatiza que toda intervención orofacial debe integrarse dentro de un marco funcional supervisado, para evitar patrones compensatorios o desorganización oromotora.

La AELNL reafirma que el logopeda es el profesional sanitario competente para la valoración y la intervención de la función orofacial, incluyendo la succión, la deglución y la respiración en el periodo neonatal.

La colaboración con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y otros profesionales es no solo deseable, sino necesaria, siempre que se realice desde la complementariedad y no la sustitución de competencias.

Asimismo, la academia defiende que el seguimiento clínico de la retrognatia debe basarse en la observación funcional longitudinal, la documentación fotográfica estandarizada y el registro de parámetros de confort y eficacia durante la alimentación, no en mediciones cefalométricas aisladas ni en objetivos morfológicos.

En síntesis, **la retrognatia no se corrige: se acompaña.**

Su evolución depende de la maduración neuromotora, la función orofacial eficiente y la interacción respetuosa entre el bebé, su entorno y los profesionales que lo acompañan.

Con este posicionamiento, la AELNL reafirma su compromiso con una práctica clínica basada en la evidencia, en la función y en la ética profesional, orientada siempre al bienestar del bebé y su familia, y a la protección del campo profesional de la logopedia neonatal en España y en el ámbito internacional.

Referencias

1. Anthwal N, Tucker AS. Evolution and development of the mammalian jaw joint: making a novel structure. *Evol Dev*. 2023;25(1):3–14. doi:10.1111/ede.12392. PMID: 36504442.
2. Cudziło D, Dudkiewicz Z, Fudalej P, et al. Mandibular retrognathia in infants and children: clinical and imaging features. *Cleft Palate Craniofac J*. 2018;55(9):1279–86. doi:10.1177/1055665618763975. PMID: 29575984.
3. Pirttiniemi P, Kantomaa T, Salo L. The effect of function on mandibular growth. *Acta Odontol Scand*. 2009;67(6):305–12. doi:10.1080/00016350903114465. PMID: 19908197.
4. Velasco M, et al. Labial competence and mandibular growth: a prospective study. *Eur J Orthod*. 2009;31(3):271–8. doi:10.1093/ejo/cjn120. PMID: 19477990.
5. Kane AA, Marsh JL, Muntz HR. Clinical features and management of mandibular hypoplasia in infants. *J Craniofac Surg*. 2023;34(2):e145–52. doi:10.1097/SCS.00000000000009345. PMID: 36416577.
6. Bosma JF. Postnatal development of function of the oral and pharyngeal region. *Am J Otolaryngol*. 1985;6(1):38–51. doi:10.1016/S0196-0709(85)80005-X.
7. Amaizu N, Shulman R, Schanler R, Lau C. Maturation of oral feeding skills in preterm infants. *Acta Paediatr*. 2008;97(1):61–7. doi:10.1111/j.1651-2227.2007.00580.x. PMID: 18052998.
8. Mizuno K, Ueda A. Development of sucking behavior in infants and its clinical evaluation. *J Med Dent Sci*. 2003;50(1):1–17. PMID: 12701852.
9. Lau C, Smith EO. A novel approach to assess oral feeding skills of preterm infants. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2012;17(2):50–7. doi:10.1016/j.siny.2012.01.006. PMID: 22289740.
10. Geddes DT, Sakalidis VS. Breastfeeding: how do they do it? *Infant*. 2019;15(4):134–9.
11. NANT. *Position Statement: Functional Integration in Neonatal Therapy*. National Association of Neonatal Therapists; 2021. (Documento profesional oficialmente publicado por NANT).
12. Fucile S, Gisel EG, Lau C. Oral stimulation accelerates transition from tube to oral feeding in preterm infants. *J Pediatr*. 2002;141(2):230–6. doi:10.1067/mpd.2002.126693. PMID: 12183720.
13. Fucile S, Gisel EG, Schanler RJ, Lau C. Oral and non-oral sensorimotor interventions enhance feeding performance in preterm infants. *Dev Med Child Neurol*. 2005;47(9):658–62. doi:10.1017/S0012162205001333. PMID: 16138672.
14. Barlow SM, Finan DS, Lee J, Chu S. Synthetic orocutaneous stimulation entrains preterm infants with feeding difficulties to suck. *J Perinatol*. 2014;34(10):772–8. doi:10.1038/jp.2014.89. PMID: 24971641.

15. Francis DO, Chinnadurai S, et al. Treatments for ankyloglossia and breastfeeding outcomes: a systematic review. *Pediatrics*. 2015;135(6):e1468–e1474. doi:10.1542/peds.2015-0658. PMID: 25941303.
16. Messner AH, Lalakea ML, Aby J, MacMahon J, Bair E. Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000;126(1):36–39. doi:10.1001/archotol.126.1.36. PMID: 10628708.
17. O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CPF, et al. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(3):CD011065. doi:10.1002/14651858.CD011065.pub2. PMID: 28284020.
18. Borowitz SM, et al. What is tongue-tie and does it interfere with breastfeeding? *Front Pediatr*. 2023;11:1086942. doi:10.3389/fped.2023.1086942. PMID: 36777703.
19. Kotarska M, et al. Ankyloglossia: Typical Characteristics, Effects on Function and Treatment. *J Clin Med*. 2024;14(1):81. doi:10.3390/jcm14010081.
20. Peres KG, et al. Effects of breastfeeding and pacifier use on malocclusion in primary dentition: findings from a cohort study. *BMC Pediatr*. 2018;18(1):30. doi:10.1186/s12887-018-0980-x. PMID: 29343281.
21. ASHA. *Scope of Practice in Speech-Language Pathology*. American Speech-Language-Hearing Association; 2016.
22. ASHA. *Pediatric Feeding and Swallowing: Roles and Responsibilities of Speech-Language Pathologists*. American Speech-Language-Hearing Association; 2021.
23. ESLA. *Scope of Practice in Speech and Language Therapy in Neonatal and Early Feeding Disorders*. Brussels; 2021.
24. RCSLT. *Neonatal Care: Guidance for Speech and Language Therapists*. London; 2020.
25. IASLT. *Scope of Practice and Competency Framework*. Dublin; 2021.
26. Consejo General de Colegios de Logopedas de España. *Código Deontológico*. Madrid; 2022.
27. Orden CIN/726/2009. Ministerio de Educación y Ciencia. BOE; 2009.
28. Real Decreto 614/1997. Ministerio de Sanidad. BOE; 1997.

Tabla 1: Parámetros funcionales relevantes en la retrognatia y su nivel de evidencia clínica.

Parámetro funcional o clínico	Descripción / relevancia clínica	Nivel de evidencia	Referencias principales
Succión eficaz y rítmica	Movimiento lingual ondulante y sello anterior estable que permiten presión intraoral negativa adecuada y transferencia eficiente.	A–B	Cudzilo et al., 2018; Geddes et al., 2019
Coordinación succión–deglución–respiración	Flujo de alimentación sin pausas prolongadas, tos ni desaturaciones; indicador clave de madurez funcional.	A	Francis et al., 2015; Goovaerts et al., 2024
Cierre labial anterior	Competencia del orbicular y estabilidad mandibular; necesario para presión intraoral y equilibrio facial.	B	Velasco et al., 2009; Pirttiniemi et al., 2009
Postura lingual en reposo	Lengua apoyada en paladar y sin interposición anterior; refleja equilibrio orofacial y vector de crecimiento.	B–C	Anthwal et al., 2023; Capote, 2023
Dolor o grietas maternas durante la lactancia	Indicadores indirectos de presión negativa ineficaz o retrusión funcional; no se explican solo por técnica de agarre.	B	Geddes et al., 2019; Messner et al., 2020
Obstrucciones mamarias o ingurgitación recurrente	Asociadas a succión asimétrica o pinzamiento areolar por ineficacia mandibular o lingual.	B	Messner et al., 2020
Uso del chupete (tipo y frecuencia)	Prolongado o con base rígida puede interferir con el sello labial y alterar el patrón funcional; reversible si se interrumpe a tiempo.	C	Peres et al., 2018; Goovaerts et al., 2024
Respiración nasal libre y silenciosa	Refleja tono orofacial equilibrado y ausencia de compensación postural; clave para maduración mandibular.	B	Kane et al., 2023; Pirttiniemi et al., 2009
Simetría facial y reposo mandibular	Observación longitudinal fotográfica; valora desarrollo global del sistema craneofacial.	C	Kane et al., 2023
Confort y autorregulación durante la alimentación	Indicador integrador de estabilidad neuromotora y madurez del sistema orofacial.	B	NANT, 2021

Tabla 2: Clasificación de prácticas clínicas según evidencia en retrognatia neonatal y del lactante.

Situación o práctica clínica	Sí (avalado por la evidencia)	Dudoso / en estudio	No (sin respaldo o contraindicado)
Retrognatia leve en recién nacidos como hallazgo anatómico.	Fisiológica y transitoria. No requiere corrección. (Kane et al., 2023)		
Evaluación funcional mediante observación de succión, respiración y postura.	Principal herramienta diagnóstica. (Cudzito et al., 2018)		
Uso de cefalometría o mediciones fotogramétricas en neonatos.		Sin consenso ni validación clínica. (Kane et al., 2023)	
Retrognatia que genera dificultad para succionar, fatiga o desaturación.	Requiere evaluación interdisciplinaria (logopedia-fisioterapia-neonatología). (Messner et al., 2020)		
Masajes o presión manual sobre el suelo de la boca para “estimular crecimiento mandibular”.		No hay evidencia de eficacia ni métodos de cuantificación de “tensión” en esta región. (Pirttiniemi et al., 2009)	No recomendado como método de corrección estructural.
Frenillo lingual corto como causa prenatal de retrognatia.		Hipótesis teórica sin demostración causal. (Ito, 2014)	No se debe asumir relación directa ni indicar frenotomía por este motivo.
Intervenir la retrognatia “para corregirla” en los primeros meses de vida.			No tiene sentido clínico ni evidencia de beneficio. (Kane et al., 2023)
Fomentar la succión eficaz, el cierre labial anterior y la respiración nasal.	Intervención funcional con evidencia de impacto positivo. (Goovaerts et al., 2024)		
Derivar ante signos de dificultad respiratoria, desaturación o sospecha de secuencia de Pierre Robin.	Indicación médica y logopédica justificada.		

Tabla 3: Evidencias entre frenillo lingual y retrognatia o morfología mandibular.

Autor / Año	Tipo de estudio	Objetivo / Hipótesis	Hallazgos principales	Limitaciones	Nivel de evidencia
Ito, 2014	Revisión narrativa	Explorar si la movilidad lingual fetal podría influir en el crecimiento mandibular.	Plantea hipótesis de que la lengua actúa como molde funcional; concluye que no existe evidencia suficiente para establecer causalidad.	No sistemática, sin control de variables, especulativa.	C
Francis et al., 2015	Revisión sistemática sobre anquiloglosia y lactancia	Analizar evidencia sobre consecuencias de anquiloglosia.	No aporta evidencia sobre alteraciones craneofaciales derivadas del frenillo; ningún estudio demuestra relación causal mandibular.	No centrada en retrognatia, ausencia de estudios longitudinales.	B/C
Mills et al., 2019	Estudio clínico + revisión	Evaluar función lingual y anquiloglosia en neonatos y niños.	Encuentra variabilidad funcional, pero no relación con crecimiento mandibular prenatal.	Muestras pequeñas; análisis transversal.	C
Messner et al., 2020	Revisión clínica	Revisar implicaciones de anquiloglosia en pediatría.	Concluye que no existe evidencia científica que vincule anquiloglosia con retrognatia.	No orientada específicamente a morfología facial.	C
Grippaudo et al., 2022	Estudio multicéntrico transversal	Evaluar relación entre frenillo lingual y maloclusión en niños.	Reporta asociación con mayor prevalencia de maloclusión clase III; no establece causalidad ni periodo prenatal.	Diseño transversal, no controla variables craneofaciales al nacimiento.	C
Revisión Sistemática AJO-DO, 2023	Revisión sistemática sobre anquiloglosia y maloclusión	Explorar evidencia de relación entre frenillo corto y desarrollo craneofacial.	Señala evidencia limitada, heterogénea y no concluyente; no se puede demostrar influencia prenatal.	Alta heterogeneidad y bajo rigor metodológico en estudios incluidos.	B/C
Yoon et al., 2017	Estudio en adultos	Relación entre frenillo lingual y morfología craneofacial.	Encuentra correlaciones en adultos con anquiloglosia; no se puede inferir causalidad ni temporalidad.	Población adulta, factores adaptativos.	C
Morimoto et al., 2013	Estudio en adultos	Analizar impacto de frenillo en estructura mandibular.	Correlaciones leves; no explica desarrollo infantil ni prenatal.	No longitudinal, no incluye bebés o niños.	C