

*Revisión*

# Integración entre odontología pediátrica, ortodoncia y fonoaudiología en población infantojuvenil: revisión de alcance para identificar dominios preliminares de derivación interdisciplinaria

## *Integration of pediatric dentistry, orthodontics, and speech-language pathology in children and adolescents: a scoping review to identify preliminary domains for interdisciplinary referral*

Génesis Olguín Hurtado\*<sup>1</sup>  y Patricia Moya Bustamante<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Sociedad Chilena de Fonoaudiología, Chile.

\**Autora de correspondencia:* [fono.genesisol.hurtado@gmail.com](mailto:fono.genesisol.hurtado@gmail.com)

### RESUMEN

**Introducción:** Las alteraciones dentofaciales y oclusales en población infantojuvenil pueden coexistir con signos funcionales relacionados con respiración, competencia labial, postura y movilidad lingual, deglución, masticación, habla y hábitos orales. Sin embargo, no existen criterios breves, universales y validados que orienten la derivación desde odontología pediátrica u ortodoncia hacia fonoaudiología.

**Objetivo:** Mapear evidencia científica reciente e identificar dominios clínicos potencialmente relevantes para el desarrollo futuro de una pauta de derivación en población de 0 a 18 años.

**Metodología:** El diseño se estructuró según el marco de Arksey y O'Malley, las recomendaciones de Levac et al., las orientaciones del Joanna Briggs Institute y PRISMA-ScR. Se realizaron búsquedas en PubMed, LILACS y SciELO de publicaciones entre 2021 y 2025, en español, inglés o portugués, con texto completo disponible para las investigadoras. Dos revisoras cibarón de manera independiente los registros, con sus decisiones enmascaradas en Rayyan®.

**Resultados:** Se identificaron 113 registros; después de eliminar duplicados y aplicar

los criterios de elegibilidad, 21 estudios fueron incluidos en una síntesis temática narrativa. El acuerdo simple durante el cribado fue de 93,9%. La evidencia se organizó en seis ejes: maloclusión y funciones orales, respiración oral, vía aérea y sueño, postura lingual, deglución y habla, hábitos orales y factores ambientales, protocolos de evaluación miofuncional orofacial e intervención interdisciplinaria.

**Conclusiones:** La evidencia fue heterogénea y predominantemente descriptiva, por lo que no permite establecer causalidad ni criterios de derivación validados. Los hallazgos ofrecen una base inicial para diseñar una futura herramienta de pesquisa, que deberá someterse a validación de contenido, evaluación de confiabilidad y pilotaje clínico antes de su implementación.

**Palabras clave:** maloclusión; odontología pediátrica; ortodoncia; fonoaudiología; respiración oral.

## ABSTRACT

**Background:** Dentofacial and occlusal alterations in children and adolescents may coexist with functional signs involving breathing, lip competence, tongue posture and mobility, swallowing, chewing, speech, and oral habits. However, no brief, universal, and validated criteria are available to guide referral from pediatric dentistry or orthodontics to speech-language pathology.

**Objective:** This scoping review aimed to map recent scientific evidence and identify clinical domains that may inform the future development of a referral tool for individuals aged 0 to 18 years.

**Methods:** The review followed Arksey and O'Malley's framework, Levac et al.'s recommendations, Joanna Briggs Institute guidance, and PRISMA-ScR. PubMed, LILACS, and SciELO were searched for publications from 2021 to 2025 in Spanish, English, or Portuguese, with full text available to the reviewers. Two reviewers independently screened records with their decisions masked in Rayyan®.

**Results:** A total of 113 records were identified; after duplicate removal and eligibility assessment, 21 studies were included in a narrative thematic synthesis. Simple interrater agreement during screening was 93.9%. Evidence was organized into six domains: malocclusion and oral functions, mouth breathing, airway, and sleep, tongue posture, swallowing, and speech, oral habits and environmental factors, orofacial myofunctional assessment protocols and interdisciplinary intervention.

**Conclusions:** The evidence was heterogeneous and predominantly descriptive; therefore, causal relationships and validated referral criteria cannot be inferred. The findings provide an initial basis for designing a future screening tool, which will require content validation, reliability testing, and clinical piloting before implementation.

**Keywords:** malocclusion; pediatric dentistry; orthodontics; speech-language pathology; mouth breathing.

## 1. INTRODUCCIÓN

Las alteraciones miofuncionales orofaciales comprenden patrones atípicos o ineficientes que afectan una o más funciones orales, entre ellas respiración, postura labiolingual, masticación, deglución y habla. Estos hallazgos deben diferenciarse de las alteraciones estructurales dentofaciales y de las enfermedades respiratorias o del sueño, aunque pueden coexistir e interactuar durante el crecimiento craneofacial, la maduración de la dentición y los tratamientos odontológicos u ortodóncicos [1-3]. En este contexto, una evaluación centrada exclusivamente en la forma dento-esquelética puede resultar insuficiente cuando se observan signos funcionales persistentes, como respiración oral, incompetencia labial, interposición o empuje lingual, masticación ineficiente o distorsiones del habla [4-8].

Estudios transversales, epidemiológicos y clínicos recientes han descrito asociaciones entre alteraciones oclusales y patrones funcionales del sistema cráneo-cérvico-mandibular en niños y adolescentes. Freitas et al. analizaron respiración, fonación, masticación y deglución en relación con distintas presentaciones de maloclusión [5], mientras que Assaf et al. identificaron asociaciones entre características oclusales, posición lingual y distorsiones del habla en dentición mixta [9]. Estos hallazgos no establecen causalidad, pero muestran que la consulta odontológica puede constituir un punto de observación de signos funcionales que ameriten evaluación complementaria.

La respiración oral constituye un dominio clínico especialmente relevante, ya que puede coexistir con incompetencia labial, postura lingual baja, alteraciones del sueño, hábitos orales persistentes y cambios en el desarrollo maxilofacial [4,10-13,16]. No obstante, su presencia debe interpretarse con cautela: la evidencia disponible no permite asumir una relación causal única entre respiración oral y maloclusión, sino que apoya la necesidad de valoración interdisciplinaria cuando el patrón respiratorio se acompaña de signos funcionales persistentes o sospecha de compromiso de vía aérea [10-13,16].

La lengua cumple un rol central en la estabilidad orofacial, la deglución, la articulación del habla y el desarrollo maxilomandibular. Estudios recientes han abordado postura lingual, empuje lingual, anquiloglosia, apnea obstructiva del sueño y protocolos interdisciplinarios de examen orofacial [8,9,14-16]. En este contexto, la fonoaudiología aporta una evaluación funcional específica de la motricidad orofacial y de las funciones orales, mientras que la odontología pediátrica y la ortodoncia identifican signos morfológicos, oclusales y de crecimiento que pueden requerir tratamiento interceptivo, seguimiento estructurado o derivación complementaria [6-8,16,19].

Pese al reconocimiento creciente de estas relaciones, persiste una brecha práctica: no existe un criterio universal, breve, operativo y validado que oriente al odontólogo pediátrico u ortodoncista sobre cuándo solicitar una evaluación fonoaudiológica. En esta revisión, la derivación se entiende como la recomendación de una evaluación fonoaudiológica

complementaria ante signos funcionales observables; no implica establecer un diagnóstico fonaudiológico ni indicar tratamiento desde la consulta odontológica. La literatura disponible también muestra escasez de instrumentos de historia clínica y clasificación de riesgo aplicables a lactantes y preescolares [3], aunque algunos protocolos interdisciplinarios han mejorado la consistencia de la pesquisa de alteraciones orofaciales por profesionales de ortodoncia [8].

El objetivo de esta revisión fue mapear la evidencia reciente sobre alteraciones orofaciales, maloclusión, respiración oral, deglución, habla, hábitos orales y abordajes interdisciplinarios en población infantojuvenil, con el fin de identificar dominios clínicos recurrentes que puedan servir como base para el desarrollo y la validación posterior de una pauta de derivación desde odontología pediátrica u ortodoncia hacia fonaudiología.

## 2. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de alcance orientada a mapear evidencia científica reciente sobre criterios clínicos, signos funcionales, alteraciones orofaciales y experiencias interdisciplinarias que pudieran orientar la derivación desde odontología pediátrica u ortodoncia hacia fonaudiología en población infantojuvenil. La elección de este diseño se justificó por la heterogeneidad esperada de la literatura, que incluye estudios observacionales, reportes de caso, consensos, revisiones, protocolos clínicos y experiencias interdisciplinarias. El propósito no fue estimar un efecto agrupado ni evaluar eficacia terapéutica, sino identificar conceptos, vacíos, dominios clínicos recurrentes y posibles señales de pesquisa. El diseño metodológico se estructuró conforme a las etapas propuestas por Arksey y O'Malley [21], las recomendaciones posteriores de Levac et al. [22], la extensión PRISMA-ScR [23] y las orientaciones del Joanna Briggs Institute para revisiones de alcance [24].

No se registró un protocolo en una plataforma externa. La revisión se desarrolló a partir de un plan metodológico interno que definió la pregunta, las bases de datos, los criterios de elegibilidad, las variables de extracción y la estrategia de síntesis antes del cribado. La ausencia de registro prospectivo se declara como limitación metodológica, de acuerdo con las recomendaciones de transparencia para revisiones de alcance.

### ***2.1. Pregunta de investigación y marco PCC***

La pregunta de investigación fue: ¿qué evidencia científica reciente describe signos clínicos, alteraciones funcionales, protocolos de evaluación o experiencias interdisciplinarias potencialmente relevantes para orientar la derivación desde odontología pediátrica u ortodoncia hacia fonaudiología en población de 0 a 18 años? La pregunta se estructuró mediante el marco PCC recomendado por el Joanna Briggs Institute: población, niños,

niñas y adolescentes de 0 a 18 años; concepto, signos clínicos, alteraciones funcionales, protocolos de evaluación o experiencias interdisciplinarias relacionadas con motricidad orofacial, habla, deglución, respiración, masticación, hábitos orales, anquiloglosia funcional o maloclusión; y contexto, odontología pediátrica, ortodoncia y fonoaudiología.

## ***2.2. Criterios de elegibilidad***

Se incluyeron publicaciones entre 2021 y 2025, en español, inglés o portugués, con población pediátrica o adolescente o con resultados directamente aplicables a población infantojuvenil y foco en al menos uno de los siguientes dominios: maloclusión, respiración oral, deglución, masticación, habla, postura o movilidad lingual, hábitos orales, motricidad orofacial, anquiloglosia con impacto funcional, vía aérea, apnea obstructiva del sueño pediátrica, evaluación interdisciplinaria o interacción entre odontología/ortodoncia y fonoaudiología. La disponibilidad de texto completo fue una restricción operativa de acceso y se reconoce como fuente potencial de sesgo, más que como un criterio de relevancia científica.

Se excluyeron duplicados, publicaciones fuera del rango temporal, artículos sin texto completo disponible para revisión, estudios centrados exclusivamente en población adulta, trabajos cuyo foco principal fuera COVID-19, cáncer u otras condiciones sistémicas no vinculadas funcionalmente con el objetivo de la revisión, y estudios sobre enfermedades genéticas o síndromes cuando su contenido no aportaba información funcional, odontológica, ortodóncica o fonoaudiológica relevante para la pregunta de investigación. También se excluyeron artículos sin relación con población hasta 18 años o sin vínculo conceptual con funciones del sistema cráneo-cérvico-mandibular.

Los estudios en poblaciones con condiciones genéticas o sindrómicas no fueron excluidos automáticamente. Para reducir arbitrariedad, se consideraron elegibles solo cuando abordaban de manera directa variables funcionales u odontológicas relevantes para el objetivo de la revisión, tales como uso de placa palatina, función lingual, motricidad orofacial, deglución, respiración, habla, alimentación, intervención interdisciplinaria o interacción entre dispositivo intraoral y terapia funcional. Cuando el estudio describía exclusivamente características biomédicas, genéticas o sistémicas sin relación con los dominios de interés, fue excluido.

## ***2.3. Fuentes de información***

Las búsquedas se realizaron en PubMed, LILACS y SciELO. Estas fuentes fueron seleccionadas por su cobertura de literatura biomédica, odontológica, fonoaudiológica y latinoamericana en los idiomas definidos para la revisión. No se utilizaron Scopus ni Web of Science debido a la ausencia de acceso institucional por parte de las investigadoras;

esta decisión se reconoce como una limitación metodológica. En PubMed se combinaron términos MeSH y términos de texto libre; en LILACS se utilizaron términos en español, portugués e inglés, incluidos sus equivalentes DeCS cuando correspondía; y en SciELO se realizaron búsquedas separadas por combinaciones temáticas, debido al bajo rendimiento de cadenas booleanas extensas. La búsqueda original se realizó en enero de 2026 y se actualizó en abril del mismo año. Se incluyeron artículos publicados entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2025. La búsqueda se ejecutó durante 2026 con el propósito de recuperar la totalidad de las publicaciones correspondientes al periodo de elegibilidad previamente definido. En la actualización realizada en abril de 2026 no se identificaron estudios publicados ese año que cumplieran los criterios de elegibilidad al momento de la consulta.

#### **2.4. Estrategias de búsqueda**

Las estrategias se adaptaron a la sintaxis y al rendimiento de cada base de datos. La estrategia de PubMed utilizó la intersección de cuatro bloques conceptuales: población pediátrica, maloclusión/ortodoncia, fonoaudiología/terapia miofuncional y funciones orofaciales, mientras que en SciELO se emplearon combinaciones temáticas independientes para aumentar la sensibilidad. Esta asimetría metodológica y la posibilidad de pérdida de estudios que no mencionaran simultáneamente todos los bloques se reconocen como limitaciones de la búsqueda.

- PubMed: ((“Pediatric Dentistry”[MeSH Terms] OR pediatric\*[Title/Abstract] OR child\*[Title/Abstract] OR adolescent\*[Title/Abstract]) AND (malocclusion[MeSH Terms] OR malocclusion[Title/Abstract] OR orthodontic\*[Title/Abstract] OR “open bite”[Title/Abstract] OR “crossbite”[Title/Abstract]) AND (“Speech-Language Pathology”[MeSH Terms] OR “speech therapy”[Title/Abstract] OR “myofunctional therapy”[Title/Abstract] OR “orofacial myology”[Title/Abstract] OR “speech-language pathology”[Title/Abstract]) AND (“Mouth Breathing”[MeSH Terms] OR “mouth breathing”[Title/Abstract] OR “Deglutition Disorders”[MeSH Terms] OR swallowing[Title/Abstract] OR “tongue posture”[Title/Abstract] OR “tongue thrust”[Title/Abstract] OR ankyloglossia[Title/Abstract])). Filtros: 2021-2025, humanos, población infantil/adolescente cuando la plataforma lo permitió y texto completo disponible para las investigadoras al momento de la búsqueda.
- LILACS: (maloclusión OR má oclusão OR malocclusion OR ortodoncia OR orthodontics) AND (fonoaudiología OR fonoaudiologia OR “terapia del habla” OR “speech therapy” OR “terapia miofuncional” OR “motricidad orofacial”) AND (niño OR criança OR adolescente OR pediatric). Se revisaron equivalentes DeCS cuando estuvieron disponibles.

- SciELO: debido al bajo rendimiento de cadenas booleanas extensas, se utilizaron búsquedas sensibles por combinaciones independientes: “maloclusión” AND “respiración oral”; “maloclusión” AND “deglución”; “ortodoncia” AND “terapia del habla”; “motricidad orofacial”; “respiración oral”; “deglución atípica”. Las combinaciones fueron revisadas en español y portugués cuando fue pertinente.

**Tabla I.**

*Estrategia de búsqueda y registros recuperados por fuente*

<b>Fuente / estrategia</b>	<b>Registros recuperados</b>
PubMed	9
LILACS	13
SciELO: maloclusión AND respiración oral	7
SciELO: maloclusión AND deglución	6
SciELO: ortodoncia AND terapia del habla	3
SciELO: motricidad orofacial	36
SciELO: respiración oral	33
SciELO: deglución atípica	6
Total de registros identificados	113
Fecha de búsqueda original	enero 2026
Fecha de última actualización	abril 2026
Gestor utilizado para cribado	Rayyan®
Observación de reproducibilidad	Las cadenas se adaptaron por base de datos para mantener equivalencia conceptual, no sintaxis idéntica.

Las estrategias no fueron idénticas en sintaxis, sino equivalentes en sus dominios conceptuales. Esta adaptación se informa para favorecer la trazabilidad. No obstante, el reducido número de registros recuperados en PubMed y la amplitud de algunas búsquedas en SciELO indican que la sensibilidad pudo variar entre bases; por ello, los resultados no deben interpretarse como un mapa exhaustivo de toda la literatura internacional.

### ***2.5. Proceso de selección***

La selección de estudios se realizó en dos fases mediante Rayyan®. En la primera fase, dos investigadoras revisaron de manera independiente y ciega los títulos y resúmenes. Antes del cribado, los criterios de inclusión y exclusión fueron operacionalizados y discutidos entre ambas revisoras. No se realizó una prueba piloto formal del proceso de cribado; sin embargo,

las investigadoras consensuaron previamente la aplicación de los criterios de elegibilidad antes de iniciar la selección independiente de los registros. Durante esta etapa, se cribaron 99 registros, de los cuales 8 fueron excluidos por encontrarse fuera del rango temporal definido y 69 por falta de pertinencia temática respecto de la pregunta de investigación. En consecuencia, 22 registros continuaron hacia la fase de evaluación en texto completo. El acuerdo interevaluador simple fue de 93,9%, correspondiente a 93 decisiones concordantes de un total de 99 registros evaluados. Las discrepancias se presentaron en 6 registros y fueron resueltas mediante discusión y consenso entre ambas revisoras. No se calculó el coeficiente Kappa de Cohen, por lo que el acuerdo se reporta como porcentaje de concordancia simple.

## ***2.6. Extracción y síntesis de datos***

La extracción de datos se realizó mediante una matriz estructurada diseñada por las investigadoras. Para cada estudio incluido se registraron autoría, año, país o contexto geográfico, revista, objetivo, diseño, tipo de evidencia, población o muestra, rango etario, instrumentos o procedimientos de evaluación, dominios funcionales, variables odontológicas u ortodóncicas, componente fonoaudiológico, participación interdisciplinaria, principales hallazgos, limitaciones reportadas y utilidad potencial para el objetivo de la revisión. La matriz fue revisada y ajustada antes de la extracción definitiva. Ambas evaluadoras realizaron la extracción de manera independiente y las discrepancias se resolvieron en una reunión.

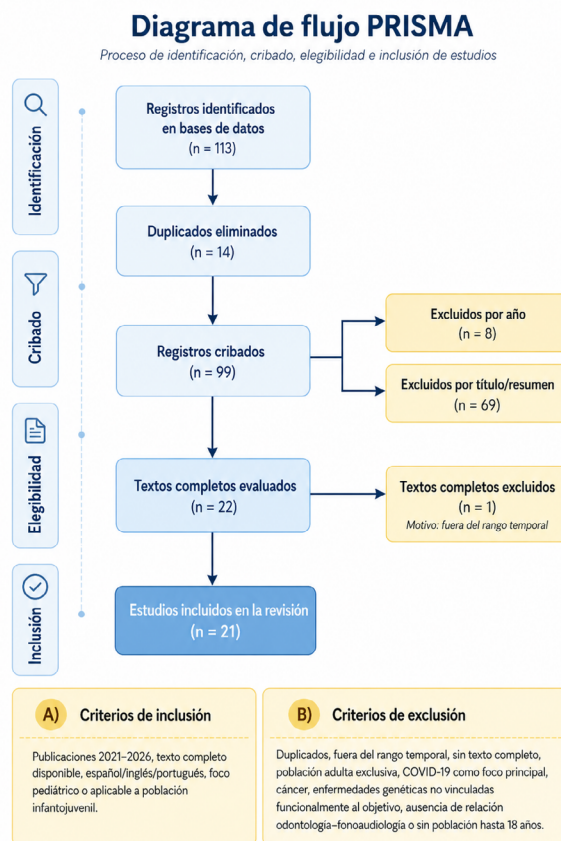
Para evitar tratar como equivalentes fuentes de distinta naturaleza, los documentos se organizaron en tres grupos: estudios primarios, síntesis secundarias y documentos metodológicos o de consenso. Dentro de cada grupo se consignó el diseño específico y el tipo de aporte. Esta clasificación permitió distinguir evidencia asociativa, descripciones clínicas, propuestas metodológicas y juicio experto, y reducir el riesgo de interpretar revisiones, reportes de caso y estudios epidemiológicos como unidades equivalentes de evidencia. No se realizó recuento acumulativo de participantes a partir de revisiones secundarias.

## ***2.7. Apreciación de la robustez de la evidencia***

De acuerdo con el propósito exploratorio de una revisión de alcance, no se utilizó la calidad metodológica como criterio de exclusión ni se calificó la certeza global de la evidencia. Sin embargo, se realizó una apreciación estructurada por diseño y fuente: los estudios epidemiológicos y transversales se interpretaron como evidencia asociativa; los reportes y series de casos, como evidencia descriptiva; los consensos, como juicio experto; y las revisiones narrativas o integrativas, como síntesis conceptual secundaria. Esta diferenciación se utilizó para evitar que dominios sustentados principalmente en evidencia indirecta o de baja jerarquía fueran presentados como criterios clínicos validados. La ausencia de una herramienta formal de evaluación crítica se reconoce como limitación.

### 3. RESULTADOS

El proceso de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión se resume en la Figura 1. Se identificaron 113 registros y se eliminaron 14 duplicados, por lo que 99 registros pasaron al cribado de títulos y resúmenes. En esta fase se excluyeron 8 registros que no cumplían el periodo de publicación y 69 por falta de pertinencia temática. Veintidós artículos fueron evaluados a texto completo, uno fue excluido al confirmarse que no cumplía el rango temporal establecido. Finalmente, 21 estudios fueron incluidos en la síntesis cualitativa. La presencia de registros fuera del periodo elegible pese al uso de filtros se debió a diferencias de indexación y al comportamiento de las plataformas consultadas.



**Figura 1.**  
*Diagrama de flujo PRISMA-ScR del proceso de selección de estudios*

### 3.1. Características de los estudios incluidos

Los 21 estudios incluidos fueron publicados entre 2021 y 2025 y comprendieron estudios primarios observacionales, reportes y series de casos, revisiones integrativas o narrativas, estudios metodológicos y un consenso Delphi. La diversidad de diseños, poblaciones, instrumentos y objetivos confirmó la pertinencia de una síntesis de alcance, pero también impidió considerar las fuentes como evidencia homogénea. La Tabla II presenta el diseño, la población o contexto y el aporte específico de cada documento.

En términos temáticos, los estudios se agruparon en seis ejes: a) maloclusión y alteraciones funcionales orales; b) respiración oral, vía aérea y sueño; c) postura lingual, deglución y habla; d) hábitos orales y factores ambientales; e) protocolos de evaluación miofuncional orofacial; y f) experiencias de intervención interdisciplinaria. Debido a la diversidad de diseños, poblaciones e instrumentos, la síntesis se presenta de manera temática y narrativa, evitando inferencias causales o recomendaciones clínicas fuertes.

**Tabla II.**

*Características generales, tipo de evidencia y aporte potencial de los estudios incluidos para la derivación odontología-fonoaudiología*

N.º	Estudio y tipo de evidencia	Población/ contexto	Variables funcionales/odontológicas y aporte para la pregunta
1	Ataide et al. [1] - estudio metodológico/ protocolo	Evaluación miofuncional orofacial; población clínica usuaria del protocolo	AMIOFE/OMES; apariencia, postura, movilidad y funciones orales. Aporta estructura objetiva para pesquisa y registro.
2	Ferreira et al. [2] - estudios de caso	Niños con trisomía 21; intervención con placa palatina	Terapia miofuncional y dispositivo intraoral. Relevante por coordinación odontología-fonoaudiología.
3	Melo et al. [3] - revisión integrativa	Protocolos de historia clínica fonoaudiológica	Identifica escasez de instrumentos de anamnesis y clasificación de riesgo en motricidad orofacial, especialmente en edades tempranas.
4	Lima et al. [4] - estudio observacional	Niños respiradores orales	Respiración oral, sistema cráneo-cérvico-mandibular y procesamiento sensorial. Aporta señales funcionales para derivación.

N.º	Estudio y tipo de evidencia	Población/ contexto	Variables funcionales/odontológicas y aporte para la pregunta
5	Freitas et al. [5] - estudio transversal poblacional	Adolescentes	Respiración, fonación, masticación, deglución y maloclusión. Evidencia asociativa, no causal.
6	Quiroz et al. [6] - reporte de caso	Paciente pediátrica con respiración oral y anomalía dentomaxilar	Intervención ortodóncica, fonoaudiológica y kinesiológica. Ilustra coordinación interdisciplinaria.
7	Carli [7] - revisión/ enfoque clínico	Ortodoncia y abordaje miofuncional	Forma, función, equilibrio muscular y estabilidad terapéutica. Aporte conceptual.
8	Scribante et al. [8] - estudio metodológico/ interdisciplinario	Pacientes pediátricos ortodóncicos; residentes de ortodoncia	Protocolo interdisciplinario para identificación de trastornos miofuncionales orofaciales, aporta base para herramienta breve de pesquisa.
9	Assaf et al. [9] - estudio epidemiológico	Escolares con dentición mixta	Maloclusión, posición lingual y distorsiones del habla. Evidencia asociativa relevante para derivación.
10	Warnier et al. [10] - consenso Delphi	Expertos internacionales en respiración oral	Criterios observacionales para evaluar respiración oral, útil para señales clínicas de pesquisa.
11	Castellanos et al. [11] - estudio clínico	Niños respiradores orales	Patencia nasal y evaluación complementaria, orienta derivación cuando hay sospecha respiratoria persistente.
12	Moura et al. [12] - estudio clínico	Niños respiradores orales	Flujo nasal, higiene nasal y maniobras, aporta mediciones complementarias fuera del alcance odontológico rutinario.
13	Granja et al. [13] - estudio transversal	Niños con y sin trastornos del sueño	Respiración oral, hábitos de succión, sueño y maloclusión. Evidencia asociativa.
14	Tzivian et al. [14] - estudio transversal	Preescolares y antecedentes maternos	Empuje lingual, estado dental, respiración oral y habla. Aporta dominio lengua-habla-hábitos.
15	Bussi et al. [15] - revisión/estudio de asociación	Anquiloglosia y apnea obstructiva del sueño	Frenillo lingual, vía aérea, crecimiento craneofacial, respiración, habla y deglución.

N.º	Estudio y tipo de evidencia	Población/ contexto	Variables funcionales/odontológicas y aporte para la pregunta
16	Müller-Hagedorn et al. [16] - revisión clínica	Apnea obstructiva del sueño pediátrica	Rol de ortodoncia y equipo interdisciplinario en vía aérea pediátrica.
17	Balleuxs Pereira et al. [17] - estudio descriptivo	Adolescentes de 12-13 años	Hábitos bucales parafuncionales; aporta dominio de hábitos persistentes.
18	Barrero Castillo et al. [18] - estudio observacional	Escolares con alteraciones transversales	Respiración bucal, empuje lingual y succión digital asociados a micrognatismo transversal.
19	Castellanos-Ruiz et al. [19] - reporte de caso	Paciente pediátrico respirador oral	Evaluación estomatognática, fonaudiológica, odontológica y postural. Aporte interdisciplinario directo.
20	Rodríguez Pérez et al. [20] - estudio descriptivo/ evolutivo	Niños en segundo y tercer año de vida	Funciones bucofaríngeas tempranas: respiración, deglución, masticación, fonación y hábitos.
21	Mori Asenjo et al. [25] - estudio observacional	Niños con dentición mixta temprana	Factores ambientales y maloclusión; asociación entre respiración bucal y apiñamiento anterior.

### ***3.2. Alteraciones funcionales asociadas a maloclusión***

Los estudios incluidos muestran una convergencia entre maloclusión y alteraciones funcionales orales. Freitas et al. [5] evaluaron funciones como respiración, fonación, masticación y deglución en adolescentes, observando que estas variables se relacionaban con distintos tipos y grados de severidad de maloclusión. De manera complementaria, Assaf et al. [9] observaron que ciertas maloclusiones en dentición mixta se asociaban con alteración de la posición lingual y distorsiones del habla. Estos hallazgos apoyan la necesidad de incorporar una lectura funcional dentro de la evaluación ortodóncica, aunque no permiten establecer causalidad.

Granja et al. [13] identificaron predictores asociados a maloclusión en escolares, entre ellos trastornos del sueño, respiración oral y hábitos de succión no nutritiva. Mori Asenjo et al. [25], por su parte, reportaron asociación entre respiración bucal y apiñamiento dentario anterior en niños con dentición mixta temprana. Estos resultados sugieren que la respiración y los hábitos orales persistentes podrían considerarse señales clínicas relevantes cuando coexisten con alteraciones oclusales.

Los estudios centrados en hábitos parafuncionales y micrognatismo transversal refuerzan esta relación. Balleux Pereira et al. [17] describieron la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en adolescentes, mientras que Barrero Castillo et al. [18] identificaron factores funcionales como respiración bucal, empuje lingual y succión digital asociados al micrognatismo transversal. Debido al predominio de diseños descriptivos o transversales, estos hallazgos deben interpretarse como información útil para pesquisa, no como criterios diagnósticos definitivos.

Los estudios describen una coexistencia frecuente entre alteraciones oclusales y signos funcionales. Debido al predominio de diseños transversales y descriptivos, estos hallazgos se presentan como asociaciones y señales potenciales de pesquisa, no como relaciones causales ni como criterios diagnósticos o de derivación establecidos.

### ***3.3. Respiración oral, vía aérea y sueño***

La respiración oral fue uno de los conceptos más frecuentes. Warnier et al., mediante consenso Delphi internacional, propusieron criterios observacionales para evaluar el patrón respiratorio despierto y habitual en preescolares, destacando la observación en reposo, la posición de labios y lengua, la apertura oral durante la masticación y el comportamiento posterior a la deglución [10]. Estos criterios pueden ayudar a transformar signos observables en indicadores de pesquisa desde odontología, sin sustituir una evaluación respiratoria o fonoaudiológica especializada.

Los estudios de Castellanos et al. y Moura et al. muestran que la evaluación de niños respiradores orales puede complementarse con mediciones de aireación nasal, espejo de Glatzel y pico de flujo inspiratorio nasal [11,12]. Aunque estas mediciones no forman parte de la evaluación odontológica rutinaria, orientan la necesidad de derivación cuando la respiración oral se acompaña de síntomas persistentes, sospecha de obstrucción nasal, ronquido, sueño alterado o alteraciones funcionales asociadas [11,12].

La vía aérea también aparece vinculada con anquiloglosia y apnea obstructiva del sueño. Bussi et al. revisaron la asociación entre anquiloglosia y apnea obstructiva del sueño, destacando la relación entre frenillo lingual, crecimiento craneofacial, respiración y funciones de habla/deglución [15]. Müller-Hagedorn et al. revisaron el rol de la ortodoncia en la apnea obstructiva del sueño pediátrica y enfatizaron la necesidad de integrar ortodoncistas, pediatras, especialistas del sueño, otorrinolaringólogos y fonoaudiólogos [16].

### ***3.4. Postura lingual, deglución y habla***

La postura, movilidad y empuje lingual emergen como variables clínicas relevantes que deben interpretarse desde una perspectiva funcional. Assaf et al. relacionaron la posición

lingual alterada y las distorsiones del habla con maloclusiones en escolares, mientras que Tzivian et al. incorporaron el empuje lingual en preescolares dentro de una evaluación que integró estado dental, hábitos orales y antecedentes familiares [9,14]. En esta línea, la lengua no debería evaluarse solo por su apariencia, protrusión o características anatómicas del frenillo, sino por su desempeño en reposo, elevación del ápice, movilidad, deglución, habla, estabilidad intraoral y presencia de compensaciones mandibulares [9,14-16].

La deglución alterada, la interposición lingual y el patrón de empuje lingual aparecen de forma reiterada en estudios clínicos y protocolos interdisciplinarios. Quiroz et al. [6] describieron un caso pediátrico con respiración oral, anomalía dentomaxilar e interposición lingual, abordado mediante tratamiento ortodóncico, fonoaudiológico y kinesiológico. Scribante et al. [8] incluyeron movilidad lingual, deglución y articulación del habla dentro de un protocolo interdisciplinario aplicado a pacientes ortodóncicos pediátricos. Rodríguez Pérez et al. [20] aportaron una perspectiva evolutiva temprana sobre funciones bucofaríngeas, mostrando la importancia de observar respiración, masticación, deglución y fonación desde los primeros años.

### ***3.5. Protocolos, instrumentos y evaluación interdisciplinaria***

La estandarización de la evaluación es un eje central para el desarrollo futuro de un checklist de derivación. Ataide et al. presentaron una versión web del protocolo de evaluación miofuncional orofacial con puntuaciones, lo que favorece el registro estructurado y el seguimiento clínico [1]. Melo et al. revisaron protocolos fonoaudiológicos de historia clínica y concluyeron que existen pocos instrumentos aplicables a lactantes y preescolares, especialmente en motricidad orofacial con clasificación de riesgo [3].

Scribante et al. aportaron evidencia metodológica relevante: un protocolo interdisciplinario adaptado para niños y adolescentes mejoró la concordancia de residentes de ortodoncia con una evaluadora experta en la identificación de alteraciones miofuncionales orofaciales [8]. Este resultado apoya la factibilidad de estructurar la observación clínica, pero no demuestra todavía la validez diagnóstica ni la utilidad de una herramienta breve de derivación en contextos asistenciales diversos.

El reporte interdisciplinario de Castellanos-Ruíz et al. muestra que la respiración oral puede acompañarse de alteraciones del sistema cráneo-cérvico-mandibular, musculares y posturales, justificando evaluaciones ampliadas cuando los signos exceden la oclusión dental [19]. Rodríguez Pérez et al. aportan una mirada evolutiva sobre funciones bucofaríngeas en niños pequeños, lo cual refuerza la importancia de observar funciones desde edades tempranas [20].

### ***3.6. Intervención interdisciplinaria y estabilidad terapéutica***

La intervención interdisciplinaria aparece en reportes clínicos, artículos de enfoque terapéutico y revisiones. Ferreira et al. describieron terapia miofuncional asociada al uso de placa palatina estimulante en niños con trisomía 21, mostrando que el dispositivo intraoral puede requerir acompañamiento funcional para optimizar su uso e impacto [2]. Aunque se trata de una población con condición genética específica, el artículo fue pertinente porque aborda directamente placa palatina, estimulación intraoral y terapia miofuncional en infancia [2].

Quiroz et al. documentaron la interacción entre tratamiento ortodóncico, fonoaudiológico y kinesiológico en una paciente pediátrica con respiración oral, anomalía dentomaxilar e interposición lingual [6]. Carli enfatiza que la estabilidad de la forma ortodóncica depende de la recuperación funcional y del equilibrio muscular, especialmente en abordajes miofuncionales [7]. Estos artículos no reemplazan estudios longitudinales controlados, pero son útiles para describir procesos clínicos reales de trabajo interdisciplinario [6,7].

La literatura sobre apnea obstructiva del sueño pediátrica también refuerza la necesidad de coordinación interdisciplinaria. Bussi et al. [15] y Müller-Hagedorn et al. [16] destacan que los tratamientos dirigidos a vía aérea, crecimiento craneofacial, movilidad lingual y funciones orales deben analizarse desde una perspectiva integrada. En consecuencia, la derivación fonoaudiológica podría considerarse cuando persisten patrones miofuncionales alterados, respiración oral, limitaciones linguales, deglución disfuncional o distorsiones articulatorias asociadas a condiciones odontológicas u ortodóncicas.

### ***3.7. Mapa conceptual de dominios potencialmente relevantes para futuras herramientas de derivación***

A partir de las recurrencias temáticas de los estudios incluidos se elaboró un mapa conceptual de dominios y signos potencialmente relevantes para el diseño posterior de una herramienta de derivación. La síntesis no establece umbrales de frecuencia, duración, gravedad ni edad, y no debe interpretarse como una recomendación clínica validada.

**Tabla III.**

*Mapa conceptual de dominios y signos potencialmente relevantes para futuras herramientas de derivación odontología-fonoaudiología*

Dominio potencial	Signos observables para investigación futura	Profesionales potencialmente involucrados según el contexto clínico	Fuentes
Respiración	Respiración oral habitual, labios abiertos en reposo, ronquido, sueño alterado, sospecha de obstrucción nasal o dificultad para mantener respiración nasal funcional.	Fonoaudiología y, ante signos de obstrucción o trastorno del sueño, evaluación médica u otorrinolaringológica según el contexto.	[10-13,15,16]
Competencia labial y musculatura perioral	Incompetencia labial, esfuerzo para el cierre, escape anterior de saliva o alimento, hiperactividad mentoniana o compensaciones periorales persistentes.	Fonoaudiología para evaluación funcional cuando el hallazgo sea persistente o coexista con alteración oclusal.	[1,4,6-8]
Lengua y frenillo lingual	Postura lingual baja o anteriorizada, empuje lingual, dificultad para elevar el ápice, sospecha de frenillo restrictivo con impacto funcional.	Fonoaudiología y odontología pediátrica, evaluación médica u otorrinolaringológica cuando existan signos respiratorios o anatómicos asociados.	[8,9,14-16]
Deglución	Interposición lingual, contracción perioral excesiva, patrón inmaduro persistente o compensaciones mandibulares durante la deglución.	Fonoaudiología.	[6-8,14,20]
Habla	Distorsiones articulatorias posiblemente asociadas a lengua, mordida abierta, mordida cruzada, alteraciones de movilidad lingual, maloclusión con componente funcional.	Fonoaudiología para evaluación diferencial del habla y de la función orofacial.	[8,9,14]

Masticación	Masticación unilateral preferente, ineficiencia masticatoria, escape de alimento, trituración anterior o patrones compensatorios persistentes.	Fonoaudiología y odontología/ortodoncia según los hallazgos funcionales y oclusales.	[4-6,20]
Hábitos orales	Succión prolongada, onicofagia, queilofagia, interposición de objetos, bruxismo u otros hábitos persistentes con impacto funcional u oclusal.	Odontología pediátrica, ortodoncia y/o fonoaudiología según edad, duración e impacto funcional.	[13,17,18,25]
Maloclusión con componente funcional	Mordida abierta, mordida cruzada posterior, apiñamiento asociado a respiración oral, alteraciones transversales o recidiva ortodóncica con patrón funcional persistente.	Coordinación entre odontología/ortodoncia y fonoaudiología.	[5,6,8,9,13,18,25]
Aparatología intraoral y adaptación funcional	Dificultad para tolerar placas, uso de dispositivos palatinos, necesidad de reeducación lingual o labial asociada a aparatología.	Coordinación entre odontología/ortodoncia y fonoaudiología cuando existan dificultades funcionales persistentes.	[2,6-8]

*Nota metodológica: esta tabla sintetiza categorías derivadas de la literatura revisada. No constituye una herramienta diagnóstica, un checklist validado ni un protocolo de derivación. La relevancia de cada signo depende de la edad, la etapa dentaria, su persistencia, gravedad, coexistencia con otros hallazgos y contexto clínico. Su eventual uso requerirá consenso experto, validación de contenido, análisis de confiabilidad, evaluación de validez y pilotaje clínico.*

#### 4. DISCUSIÓN

Esta revisión identificó seis dominios recurrentes en la literatura reciente y mostró que la relación entre odontología pediátrica, ortodoncia y fonoaudiología se sustenta principalmente en evidencia asociativa, descripciones clínicas y propuestas metodológicas. El hallazgo central no es la existencia de criterios de derivación validados, sino la convergencia de signos funcionales que podrían informar el diseño de una futura herramienta de pesquisa.

Las asociaciones entre maloclusión, posición lingual, deglución y distorsiones articulatorias aparecieron en estudios observacionales y epidemiológicos [5,9,13,14,18,25], mientras que la adaptación a aparatología, la estabilidad terapéutica y algunas relaciones entre anquiloglosia, vía aérea y sueño dependieron en mayor medida de reportes clínicos o revisiones secundarias [2,6,7,15,16]. Por ello, estos últimos dominios deben considerarse hipótesis clínicas o áreas de investigación.

La respiración oral fue uno de los dominios más representados, pero debe entenderse como un signo clínico y no como un diagnóstico etiológico. Puede coexistir con incompetencia labial, postura lingual baja, alteraciones del sueño, hábitos orales y cambios oclusales [10-13,15,16]; sin embargo, su origen puede ser anatómico, inflamatorio, funcional o mixto. En consecuencia, la observación odontológica puede motivar una evaluación complementaria, pero no permite atribuir por sí sola una maloclusión a un patrón respiratorio ni indicar intervención fonaudiológica sin diagnóstico diferencial.

Una consideración similar se aplica al habla: las distorsiones articulatorias observadas junto con maloclusión o postura lingual alterada pueden reflejar restricciones estructurales, compensaciones adaptativas, variaciones lingüísticas o un trastorno de los sonidos del habla de otra naturaleza. La presencia simultánea de ambos hallazgos no demuestra que la maloclusión sea la causa. Una futura pauta deberá diferenciar señales de posible componente estructural o miofuncional de errores fonológicos, motores o evolutivos que requieren una evaluación fonaudiológica completa.

La amplitud etaria de 0 a 18 años también condiciona la interpretación: un mismo signo puede tener distinto significado en lactantes, preescolares, escolares con dentición mixta y adolescentes. Los patrones de deglución, la adquisición de fonemas, la persistencia de hábitos y el impacto de las alteraciones oclusales cambian con el desarrollo. Por ello, una herramienta futura no debería aplicar dominios únicos a toda la población infantojuvenil, sino incorporar criterios diferenciados por edad y etapa dentaria.

Los protocolos estructurados constituyen una vía prometedora para mejorar la comunicación interdisciplinaria. AMIOFE/OMES y las propuestas de examen interdisciplinario muestran que es posible sistematizar la observación de postura, movilidad y funciones orales [1,8]. No obstante, una herramienta de derivación tiene un objetivo distinto al de un protocolo diagnóstico, pues debe ser breve, sensible, comprensible para odontólogos y suficientemente específica para evitar derivaciones innecesarias. Estas propiedades todavía no han sido evaluadas.

El riesgo de sobrediagnóstico debe considerarse: una pauta excesivamente sensible podría medicalizar variaciones madurativas, atribuir dificultades del habla a la oclusión sin evaluación diferencial o aumentar derivaciones con baja pertinencia. En sentido contrario, una pauta demasiado restrictiva podría retrasar la identificación de alteraciones funcionales

relevantes. La futura validación deberá estudiar sensibilidad, especificidad, valores predictivos, factibilidad y consecuencias clínicas de los falsos positivos y falsos negativos.

El aporte de esta revisión es traslacional: organiza evidencia dispersa en un mapa de dominios potencialmente observables en la consulta odontológica. Este mapa debe entenderse como una etapa previa al consenso y la validación, y no como una recomendación de práctica clínica inmediata.

#### ***4.1. Limitaciones***

Esta revisión presenta limitaciones relevantes: la búsqueda se restringió a PubMed, LILACS y SciELO y no incluyó Scopus, Web of Science, literatura gris, guías clínicas ni documentos de sociedades científicas. La estrategia de PubMed pudo ser poco sensible al exigir la intersección de varios bloques conceptuales, mientras que algunas búsquedas de SciELO fueron más amplias; esta asimetría pudo favorecer un corpus regional y producir pérdida diferencial de estudios.

La inclusión se limitó a publicaciones en español, inglés o portugués y a textos completos accesibles para las investigadoras, lo que pudo introducir sesgos lingüístico y de disponibilidad. Además, el periodo 2021-2025 priorizó evidencia reciente, pero excluyó estudios fundacionales que podrían ser relevantes para la construcción conceptual del campo.

La revisión integró estudios primarios, reportes clínicos, revisiones secundarias, consensos y estudios metodológicos. Aunque esta amplitud es compatible con una revisión de alcance, las fuentes no representan niveles equivalentes de evidencia y existe riesgo de solapamiento entre revisiones y estudios primarios. No se realizó metaanálisis ni evaluación formal de riesgo de sesgo; por tanto, no es posible estimar efectos, establecer causalidad ni graduar la certeza de los dominios identificados.

También existió heterogeneidad en edades, etapas dentarias, idiomas, instrumentos y definiciones de respiración oral, postura lingual, deglución, habla, hábitos, anquiloglosia funcional y maloclusión. La ausencia de estratificación sistemática por edad y etapa del desarrollo limita la aplicación clínica de los hallazgos.

#### ***4.2. Implicancias para la práctica y la investigación***

Los dominios identificados ofrecen una base inicial para diseñar y posteriormente evaluar una pauta breve de pesquisa funcional en la consulta odontológica. En esta etapa no se recomienda su implementación como checklist clínico, porque no se conocen su sensibilidad, especificidad, validez de criterio ni desempeño según edad o etapa dentaria.

El propósito de una futura herramienta sería ayudar a odontólogos pediátricos y ortodoncistas a reconocer signos que justifiquen una evaluación fonaudiológica complementaria, sin trasladarles la responsabilidad de diagnosticar trastornos miofuncionales, de deglución o del habla. Su diseño deberá definir con precisión qué se entiende por derivación, qué signos son observables, cuánto tiempo deben persistir y qué combinaciones aumentan la probabilidad de una derivación pertinente.

El desarrollo debería comenzar con consenso multidisciplinario e incluir odontólogos pediátricos, ortodoncistas, fonaudiólogos especializados en motricidad orofacial y habla, otorrinolaringólogos, metodólogos y representantes de pacientes o familias. Posteriormente, la herramienta deberá someterse a validación de contenido, análisis de comprensibilidad, confiabilidad interevaluador, validez de criterio y pilotaje en distintos contextos asistenciales.

Los estudios futuros deberán evaluar sensibilidad, especificidad, valores predictivos, puntos de corte, factibilidad, tasa de derivaciones pertinentes, impacto en la oportunidad diagnóstica, carga asistencial, aceptación profesional y experiencia de pacientes y familias. También será necesario analizar el desempeño por tramo etario, etapa dentaria y motivo odontológico de consulta.

### ***Declaración de disponibilidad de datos***

Los datos que respaldan los hallazgos de esta revisión corresponden a estrategias de búsqueda, registros recuperados, matriz de extracción y síntesis de los estudios incluidos. Estos materiales no incluyen datos personales ni datos primarios de participantes humanos. No se depositaron en un repositorio público; pueden ser solicitados a la autora de correspondencia por razones de transparencia metodológica.

## **5. CONCLUSIONES**

La literatura reciente identifica seis dominios funcionales recurrentes potencialmente relevantes para el diseño de futuras pautas de derivación entre odontología pediátrica, ortodoncia y fonaudiología: maloclusión y funciones orales, respiración, vía aérea y sueño, postura y movilidad lingual, deglución y habla, hábitos orales y evaluación o intervención interdisciplinaria.

La evidencia que sustenta estos dominios es heterogénea y predominantemente observacional o descriptiva. Por ello, permite reconocer asociaciones y áreas de pesquisa, pero no establecer causalidad, umbrales clínicos ni indicaciones de derivación validadas.

El principal aporte de esta revisión es un mapa conceptual preliminar que puede orientar el desarrollo de una herramienta breve y observable para la consulta odontológica. Este

mapa no reemplaza la evaluación fonoaudiológica ni debe utilizarse como protocolo clínico en su forma actual.

El siguiente paso requiere consenso multidisciplinario, estratificación por edad y etapa dentaria, validación de contenido y de criterio, análisis de confiabilidad, estudio de sensibilidad y especificidad, y pilotaje en contextos reales de atención.

### ***Declaración de contribución de autoría***

**Génesis Olguin Hurtado:** conceptualización, metodología, investigación, curación de datos, análisis formal, validación, visualización, administración del proyecto, supervisión, redacción del borrador original, revisión y edición del manuscrito.

**Patricia Moya Bustamante:** conceptualización, metodología, investigación, curación de datos, análisis formal, validación, visualización, supervisión, redacción del borrador original, revisión y edición del manuscrito.

## **REFERENCIAS**

- [1] Ataide MCG, Bernardi FA, Azevedo-Marques PM, Felício CM. Web version of the protocol of the orofacial myofunctional evaluation with scores: usability and learning. *CoDAS*. 2023;35(3):e20220026. doi: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20232022026>.
- [2] Ferreira JEA, Almeida BRS, Deps TD, Pretti H, Furlan RMMM. Orofacial myofunctional therapy associated with the use of the stimulating palatal plate in children with trisomy 21: case studies. *CoDAS*. 2023;35(5):e20210231. doi: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20232021231pt>.
- [3] Melo ATS, Barbosa GD, Jesus EMS, Matos ALS, Santos EMS, Barreto IDC, et al. Clinical history speech-language pathology protocols: integrative review. *Audiol Commun Res*. 2022;27:e2673. doi: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2022-2673en>.
- [4] Lima ACD, Albuquerque RC, Cunha DA, Lima CAD, Lima SJH, Silva HJ. Relation of sensory processing and stomatognathic system of mouth breathing children. *CoDAS*. 2022;34(1):e20200251. doi: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20212020251>.
- [5] Freitas HV, Alves CMC, Silva LFG, Pereira ALP, Hugo FN, Thomaz EBAF. Alterações das funções orais e má oclusão em adolescentes: um estudo transversal de base populacional. *Cien Saude Colet*. 2021;26(Suppl 3):5235-5248. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.07992020>.

- [6] Quiroz F, Argandoña R, Briones V, Santelices P. Interacción de tratamiento ortodóncico, fonoaudiológico y kinesiológico. Reporte de caso. *Int J Inter Dent.* 2024;17(2):102-104. doi: <https://doi.org/10.4067/S2452-55882024000200102>.
- [7] Carli MAN. Abordaje miofuncional. *Ortodoncia.* 2024;88(174):34-46.
- [8] Scribante A, Pascadopoli M, Vitale MC, Verdi G, Nasser C, Tase K, et al. Effectiveness of an adapted Interdisciplinary Orofacial Examination Protocol for Children and Adolescents for the Early Identification of Speech Disorders in Paediatric Orthodontic Patients. *Eur J Paediatr Dent.* 2025;26(4 Suppl):59-64. doi: <https://doi.org/10.23804/ejpd.2025.S08>.
- [9] Assaf DC, Knorst JK, Busanello-Stella AR, Ferrazzo VA, Berwig LC, Ardenghi TM, et al. Association between malocclusion, tongue position and speech distortion in mixed-dentition schoolchildren: an epidemiological study. *J Appl Oral Sci.* 2021;29:e20201005. doi: <https://doi.org/10.1590/1678-7757-2020-1005>.
- [10] Warnier M, Piron L, Morsomme D, Maillart C. Assessment of mouth breathing by Speech-Language Pathologists: an international Delphi consensus. *CoDAS.* 2023;35(3):e20220065. doi: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20232022065>.
- [11] Castellanos MFI, Silva HJ, Moura SRC, Fontes LBC, Lima NS, Bezerra TFP, Cunha DA. Nasal patency in mouth breathing children. *Audiol Commun Res.* 2022;27:e2741. doi: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2022-2741en>.
- [12] Moura SRC, Silva HJ, Castellanos MFI, Fontes LBC, Lima NS, Bezerra TFP, Cunha DA. Nasal airflow measures and peak inspiratory flow in mouth-breathing children before and after nasal cleansing and massage maneuvers. *Rev CEFAC.* 2022;24(5):e6522. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20222456522>.
- [13] Granja GL, Leal TR, Lima LCM, Silva SED, Neves ETB, Ferreira FM, et al. Predictors associated with malocclusion in children with and without sleep disorders: a cross-sectional study. *Braz Oral Res.* 2023;37:e106. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2023.vol37.0106>.
- [14] Tzivian L, Priede D, Folkmanis V, Henkuzena I. The Association between the Dental Status and Tongue Thrust Habits of Latvian Preschool Children and Their Mothers' Oral Health Knowledge. *Diagnostics.* 2024;14(6):605. doi: <https://doi.org/10.3390/diagnostics14060605>.
- [15] Bussi MT, Corrêa CC, Cassettari AJ, Giacomini LT, Faria AC, Moreira APSM, et al. Is ankyloglossia associated with obstructive sleep apnea? *Braz J Otorhinolaryngol.* 2022;88 Suppl 1:S156-S162. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2021.09.008>.
- [16] Müller-Hagedorn S, Abadie V, Bartzela T. Orthodontic perspectives in the interdisciplinary management of pediatric obstructive sleep apnea. *Children.* 2025;12(8):1066. doi: <https://doi.org/10.3390/children12081066>.

- [17] Balleuxs Pereira M, Nuñez Peña LC, Trupman Hernández Y, Carballo Villalón LB. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en adolescentes de 12-13 años de edad. MEDISAN. 2023;27(3):e4570.
- [18] Barrero Castillo TC, Viltres Pedraza GR, Arcia Cruz L, Collejo Rosabal Y, Estrada Viltres LC. Factores hipotéticamente influyentes en la aparición del micrognatismo transversal en escolares. Multimed. 2021;25(6):e1996.
- [19] Castellanos-Ruíz J, López-Soto OP, López-Soto LM, López-Echeverry YP, Sánchez MA, Ortega-Oviedo L, et al. Evaluación interdisciplinaria estomatognática y postural en un paciente pediátrico respirador oral: reporte de caso. Univ Salud. 2021;23(2):168-175. doi: <https://doi.org/10.22267/rus.212302.229>.
- [20] Rodríguez Pérez A, Sáez Luna ME, Crespo Borges T, Pérez Angel MM, Díaz Saez L. Funciones bucofaríngeas en el segundo y tercer año de vida. Medicent Electrón. 2021;25(1):7-21.
- [21] Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol. 2005;8(1):19-32. doi: <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>.
- [22] Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. Implement Sci. 2010;5:69. doi: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>.
- [23] Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews: Checklist and Explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467-473. doi: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>.
- [24] Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editors. JBI Manual for Evidence Synthesis. Adelaide: JBI; 2020.
- [25] Mori Asenjo B, Quiroz Tantalean C, Ortiz Pizarro M. Factores medioambientales asociados a tipos de maloclusión en dentición mixta temprana. Rev Cubana Estomatol. 2022;59(3):e3485.

Recibido: 12/04/2026

Aceptado: 16/06/2026

### ***Aspectos éticos***

Esta revisión de alcance utilizó información proveniente de artículos científicos previamente publicados y no involucró reclutamiento de participantes, intervención clínica, acceso a fichas clínicas ni tratamiento de datos personales. Por lo tanto, no requirió aprobación por

comité de ética ni consentimiento informado. Las autoras declaran haber leído y aceptado los principios éticos editoriales de EJHR.

### ***Conflictos de interés***

Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

### ***Financiamiento***

Esta investigación no recibió financiamiento externo.