



Sociedad Española de
Otorrinolaringología y
Cirugía de Cabeza y Cuello

NOTA DE PRENSA

21 de septiembre, Día Nacional de la Apnea del Sueño

¿SE PUEDE ENTRENAR LA LENGUA PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL SUEÑO?

- Un metaanálisis de 15 ensayos clínicos encuentra que los ejercicios de lengua y garganta pueden mejorar la calidad del sueño y la somnolencia en adultos con apnea obstructiva, aunque la ciencia todavía trata de determinar en qué pacientes funcionan mejor y hasta dónde llegan sus beneficios
- ¿Cómo pueden funcionar unos ejercicios que hacemos despiertos contra una enfermedad que aparece mientras dormimos? Una investigación reciente realizada en España ha encontrado cambios físicos medibles en la lengua y en la forma en que se colapsa la vía aérea después de tres meses de terapia miofuncional
- ¿Una alternativa a la CPAP? No para todos ni necesariamente: la evidencia científica todavía no permite considerarla un sustituto general de los tratamientos establecidos y trata de determinar qué pacientes pueden beneficiarse más
- Con motivo del Día Nacional de la Apnea del Sueño, la SEORL-CCC hace balance de lo que sabemos y lo que todavía no sabemos de la terapia miofuncional: las posibilidades y los límites de una de las líneas más novedosas y prometedoras en el tratamiento personalizado de la apnea del sueño

Madrid, 17 de septiembre de 2026. ¿Es posible entrenar la lengua y los músculos de la garganta para dormir mejor? La llamada terapia miofuncional se ha convertido en una de las líneas más llamativas y prometedoras de investigación sobre la apnea obstructiva del sueño (AOS). Consiste en realizar de forma repetida ejercicios específicos de lengua, paladar y otros músculos de la boca y la garganta con el objetivo de modificar algunos de los factores que favorecen el cierre de la vía aérea mientras dormimos.

La idea puede resultar paradójica. Los ejercicios se realizan mientras el paciente está despierto, pero la apnea aparece durante el sueño, precisamente cuando disminuye de forma natural el tono muscular. ¿Cómo puede entonces entrenar de día unos músculos ayudar a evitar que la vía respiratoria se cierre de noche? Con motivo del Día Nacional de la Apnea del Sueño, la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (SEORL-CCC) hace balance de lo que sabemos y lo que todavía no sabemos de la terapia miofuncional: las posibilidades y los límites de una de las líneas más novedosas y prometedoras en el tratamiento personalizado de la apnea del sueño.

¿Qué es exactamente la terapia miofuncional?

No se trata simplemente de «hacer gimnasia con la lengua». La terapia miofuncional utiliza programas estructurados y repetidos de ejercicios destinados a trabajar la fuerza, movilidad y coordinación de la lengua, el paladar y otros músculos implicados en el mantenimiento de la vía aérea superior. Su posible utilidad parte de una característica esencial de la apnea obstructiva del sueño: mientras la persona duerme, la vía aérea superior se estrecha o llega a cerrarse repetidamente, provocando reducciones o interrupciones de la respiración que pueden disminuir la oxigenación y fragmentar el sueño.

Durante años, uno de los mecanismos utilizados para explicar este fenómeno ha sido la llamada “hipotonía” de la vía aérea, entendida de forma simplificada como una insuficiente respuesta de la musculatura encargada de mantenerla abierta. Sin embargo, un editorial publicado en 2026 en *Sleep Medicine Reviews* firmado por el Dr. Carlos O'Connor-Reina, presidente de la Comisión de Roncopatía y Trastornos del Sueño de la SEORL-CCC, junto a los Dres. Peter Baptista y Guillermo Plaza propone una interpretación más compleja: la apnea no depende únicamente de que los músculos sean más o menos fuertes ni de la anatomía considerada aisladamente.

El colapso se produciría por la interacción entre dos elementos: por una parte, las características anatómicas que favorecen el cierre de la vía aérea y, por otra, la capacidad de los músculos para mantenerla abierta durante el sueño. Si esa capacidad muscular no es suficiente para compensar las condiciones anatómicas que favorecen el cierre, la vía respiratoria puede colapsar.

La gran paradoja: ¿para qué sirve entrenar unos músculos que después “se duermen”?

Esta ha sido precisamente una de las principales objeciones planteadas a la terapia miofuncional. Si durante el sueño disminuye el tono de los músculos que ayudan a mantener abierta la vía aérea, parecería lógico pensar que aumentar su fuerza mientras estamos despiertos tendría poca utilidad cuando nos dormimos.

La investigación reciente está aportando una posible explicación. Los ejercicios no solo podrían fortalecer los músculos de la lengua y la garganta. También podrían producir cambios en la propia lengua, como reducir su volumen o su grosor, y disminuir así su tendencia a obstruir la vía aérea durante el sueño.

¿Puede entrenar la lengua hacer que la propia lengua cambie?

Eso es precisamente lo que sugiere un estudio realizado también en España y publicado en 2026 en *Journal of Clinical Sleep Medicine*, cuya primera autora es la doctora Cristina Rodríguez-Alcalá y en el que también participa el doctor Carlos O'Connor-Reina. La investigación siguió durante tres meses a 60 adultos con apnea moderada o grave. Los pacientes, reclutados en las unidades de sueño de los hospitales Quirónsalud Marbella y Quirónsalud Campo de Gibraltar, se distribuyeron en tres grupos: pacientes con apnea moderada que realizaron terapia miofuncional; pacientes con apnea grave tratados con terapia miofuncional y CPAP; y un grupo control tratado con CPAP sin terapia miofuncional. Los ejercicios orofaríngeos se realizaron diariamente y fueron supervisados mediante telemedicina.

Los resultados del estudio apuntan a que sí puede producir cambios medibles, aunque deben interpretarse con cautela. Después de tres meses, los pacientes con apnea moderada que realizaron terapia miofuncional presentaron una reducción media de 8 centímetros cúbicos en el volumen de la lengua y de 4 milímetros en su grosor. Entre los pacientes con apnea grave que realizaron los ejercicios junto con la CPAP, el volumen de la lengua disminuyó una media de 12 centímetros cúbicos. En el grupo control tratado únicamente con CPAP no se observaron cambios significativos.

Los investigadores comprobaron además qué sucedía en la vía respiratoria durante el sueño mediante endoscopia del sueño inducido (DISE), una exploración que permite observar dónde y cómo se produce el colapso mientras el paciente se encuentra en un estado de sueño provocado mediante sedación. Entre los pacientes con apnea moderada tratados con terapia miofuncional, la ausencia de colapso de la lengua durante esta exploración pasó del 15% antes del tratamiento al 80% después de tres meses. En el grupo con apnea grave tratado con terapia miofuncional y CPAP pasó del 15% al 55%, aunque en este segundo grupo la diferencia no alcanzó significación estadística.

Entonces, ¿los ejercicios realizados despierto pueden funcionar mientras dormimos?

Los resultados proporcionan una posible respuesta a esta aparente contradicción. El editorial publicado en *Sleep Medicine Reviews* plantea que la terapia miofuncional podría actuar no solo aumentando la capacidad muscular, sino modificando las condiciones anatómicas y mecánicas que favorecen el colapso. Es decir, los músculos no necesitan permanecer “entrenando” durante el sueño: el ejercicio realizado durante el día podría haber modificado previamente el escenario en el que se produce

la apnea. El propio editorial señala que los datos prospectivos disponibles asocian los ejercicios dirigidos con remodelación anatómica y cambios en los patrones de colapso observados mediante DISE.

“Durante mucho tiempo se ha pensado que entrenar estos músculos durante el día tendría poca utilidad porque, cuando dormimos, su tono disminuye. Lo que estamos viendo es que la terapia miofuncional puede ir más allá del fortalecimiento muscular y producir cambios en las propias estructuras que intervienen en el colapso de la vía aérea. Esto nos ayuda a entender por qué unos ejercicios realizados mientras estamos despiertos pueden tener efectos durante el sueño”, explica el doctor Carlos O'Connor-Reina, presidente de la Comisión de Roncopatía y Trastornos del Sueño de la SEORL-CCC y primer autor del editorial publicado en *Sleep Medicine Reviews*.

Es una hipótesis especialmente interesante porque obliga a superar la separación tradicional entre anatomía y función: entrenar la musculatura podría producir también modificaciones anatómicas medibles. Pero que se haya demostrado la existencia de esos cambios no significa todavía que conozcamos con exactitud cuánto mejoran la apnea ni qué pacientes van a beneficiarse de ellos.

¿Puede sustituir a la CPAP?

No existe evidencia científica suficiente para recomendar de manera general la terapia miofuncional como sustituto de la CPAP. Un paciente diagnosticado de apnea no debe abandonar la CPAP ni cualquier otro tratamiento indicado para reemplazarlo por ejercicios realizados por su cuenta. De hecho, una de las ideas más interesantes de la investigación actual es justamente la contraria: quizá no exista un único tratamiento adecuado para todas las apneas porque tampoco todas las apneas se producen de la misma manera.

El modelo propuesto en *Sleep Medicine Reviews* diferencia distintos perfiles según el peso que tienen la anatomía y la capacidad neuromuscular. En algunos pacientes predomina una anatomía desfavorable pese a conservar una buena función muscular; en otros existe además una capacidad de compensación reducida; y otros presentan perfiles fundamentalmente funcionales o una combinación de diferentes factores. En función de estos perfiles, el propio artículo plantea distintas posibilidades terapéuticas y reserva a la terapia miofuncional un papel diferente según el mecanismo predominante.

Para el doctor O'Connor-Reina, la clave está precisamente en seleccionar adecuadamente a los pacientes: “La terapia miofuncional no debe presentarse como una solución universal para la apnea ni como un sustituto de la CPAP para todos los pacientes. La apnea obstructiva del sueño es una enfermedad muy heterogénea y el reto es identificar qué mecanismo predomina en cada persona y seleccionar a partir de

ahí el tratamiento o la combinación de tratamientos que puede ofrecer mejores resultados”.

Las posibilidades terapéuticas pueden incluir, según las características de cada paciente, CPAP, dispositivos de avance mandibular, cirugía, estimulación del nervio hipogloso, control del peso o terapia miofuncional, utilizada sola en determinados perfiles o combinada con otros tratamientos. El objetivo es seleccionar las herramientas en función de los mecanismos que contribuyen al colapso de la vía aérea.

¿Por qué puede funcionar en unas personas y en otras no?

Porque dos personas pueden presentar un número parecido de apneas durante la noche y, sin embargo, tener mecanismos diferentes detrás de ellas. En una puede pesar especialmente la anatomía; en otra, la capacidad de respuesta de la musculatura; y en otra pueden intervenir simultáneamente ambos componentes.

Esta es una de las principales líneas hacia las que está avanzando el tratamiento de la apnea: no limitarse a conocer cuántas veces se interrumpe la respiración, sino intentar comprender por qué se interrumpe en cada paciente.

La endoscopia del sueño inducido permite observar directamente dónde y cómo se produce el colapso, mientras que otras pruebas pueden proporcionar información sobre la anatomía y la función muscular. El editorial publicado en *Sleep Medicine Reviews* propone precisamente integrar estos factores para avanzar hacia decisiones terapéuticas más personalizadas.

¿Estamos ante una revolución en el tratamiento de la apnea?

Todavía es pronto para afirmarlo. Y esta es probablemente la principal cautela que debe acompañar a unos resultados tan llamativos.

El estudio que ha demostrado modificaciones en el volumen de la lengua y en el patrón de colapso aporta una información novedosa porque permite observar cambios físicos después de la terapia. Pero participaron 60 pacientes, no fue un ensayo aleatorizado y el seguimiento se limitó a tres meses. Sus resultados necesitan confirmarse en estudios aleatorizados, con mayor número de participantes y seguimientos más prolongados.

También queda por determinar cuáles son los ejercicios más eficaces, qué intensidad y duración son necesarias, cuánto se mantienen sus posibles beneficios cuando dejan de realizarse y, especialmente, cómo identificar de antemano a los pacientes que tienen más posibilidades de responder. El propio editorial de 2026 señala entre las cuestiones pendientes comprobar si la integración de la endoscopia del sueño y las evaluaciones funcionales modifica realmente el manejo de los pacientes en la práctica clínica.

Por eso, más que una terapia revolucionaria para todos los pacientes, la terapia miofuncional representa hoy una línea prometedora dentro de una transformación más amplia: pasar de tratar todas las apneas de forma parecida a intentar comprender y tratar la apnea concreta de cada paciente.

Referencias científicas

O'Connor-Reina C, Baptista P, Plaza G. Reconsidering the hypotonic phenotype: From static anatomy to dynamic airway function in obstructive sleep apnea. *Sleep Medicine Reviews*. 2026;102265. DOI: 10.1016/j.smr.2026.102265. El manuscrito fue aceptado el 21 de febrero de 2026.

Rodríguez-Alcalá C, Rodríguez-Alcalá L, Ignacio-García JM, Plaza G, Gozal D, Baptista P, O'Connor-Reina C. Telemedicine-delivered myofunctional therapy remodels upper airway anatomy in obstructive sleep apnea: a prospective controlled study. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2026.

Xu Y, Yang R, Yu M, Gao X. Efficacy of myofunctional therapy for obstructive sleep apnea: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Evidence-Based Dental Practice*. 2025;25(3):102137. DOI: 10.1016/j.jebdp.2025.102137.

Para más información:

Gabinete de comunicación de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (SEORL-CCC): Javier Barrera (619 102 554)