UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE

SAN MARCOS

Universidad del Perú. Decana de América

OFICINA CENTRAL DE ADMISIÓN

Examen Nacional de Odontología

ENAO 2018

PRUEBA 2

con clave marcada y referencias bibliográficas

Asociación Peruana de Facultades de Odontología

Domingo 25 de marzo de 2018

PRUEBA 2

1. ¿Cuál es la principal causa de fractura de la lima durante la terapia endodóntica?

A) fatiga cíclica *
B) mala calidad
C) uso inadecuado
D) anatomía radicular complicada
E) instrumentación en conductos secos

Referencia bibliográfica: Solución de problemas en endodoncia. James Gutmann. Cap. 10 pg. 202

2. Radiográficamente se observa una lesión radiopaca periapical circunscrita a una o más raíces del diente y clínicamente asintomática, es compatible con

A) granuloma epitelizado.
B) osteítis condensante. *
C) quiste en bolsa.
D) absceso apical crónico.
E) absceso apical agudo.

Referencia bibliográfica: Ciencias Endodóntica. Carlos Estrela. Cap. 6 pg. 225

3. La siguiente definición: «Conducto que nace del conducto principal sigue un trayecto independiente y llega a desembocar en el conducto principal antes de alcanzar el tercio apical», corresponde a

A) interconducto.
B) conducto lateral.
C) conducto secundario.
D) conducto accesorio.
E) conducto recurrente. *

Referencia bibliográfica: De la Biología a la técnica. Manuel Eduardo de Lima Machado. Cap. 11 pg. 165

4. ¿En qué casos está indicada la sedación por inhalación con óxido nitroso en niños?

A) Con trastornos psiquiátricos
B) Con problemas de comunicación
C) Con dificultad para abrir la boca
D) Con afecciones respiratorias
E) Con alto grado de ansiedad *

Referencia bibliográfica: Angus C. Cameron – Richard P. Widmer. Manual de Odontología Pediátrica. Capítulo 2 Manejo del Paciente Pediátrico. Página 27

5. ¿Cuál es el comportamiento de los niños tímidos o introvertidos?

A) Producen crisis conductual
B) Lloran
C) Se tiran al suelo y lloran
D) No responde a los elogios y puede morder
E) Cohibidos y quizás lloren *

Referencia bibliográfica: Juan R. Boj – Monserrat Catalá – Carlos García Ballesta. Odontopediatría. Capítulo 8 Desarrollo Psicológico del Niño. Página 106

6. En un traumatismo de una pieza decidua, cuando existe una luxación intrusiva sin riesgo de afectar el germen dentario permanente, se puede esperar una reerupción espontánea en un plazo de

A) 1 a 2 meses.
B) 1 a 3 semanas.
C) 1 a 4 semanas.
D) 1 a 6 meses. *
E) 1 a 5 semanas.

Referencia bibliográfica: Augus C. Cameron – Richard P. Widmer. Manual de Odontopediatría. Capítulo 7 Tratamiento de los traumatismos. Página 131

7. ¿Cuál es la principal función del hipoclorito de sodio en la terapia endodóntica?

A) acción blanqueadora
B) acción bactericida *
C) acción lubricante
D) humectación
E) efecto quelante

Referencia bibliográfica:
Soares I. Endodoncia: Técnicas y fundamentos. 2da Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana 2012.
Endodoncia de la biología de la técnica. Manoel Edmundo de Lima Machado pg 256

8. El pronóstico de un diente con una perforación en el tratamiento de conducto depende de

A) la localización, el tiempo, la edad y la posibilidad de sellar el defecto.
B) la localización, el tiempo, el tamaño y la posibilidad de sellar el defecto. *
C) el tiempo, la edad, el tamaño y la posibilidad de sellar el defecto.
D) la localización, la edad, el tamaño y la posibilidad de sellar el defecto.
E) la edad, el tamaño y la posibilidad de sellar el defecto.

Referencia bibliográfica:
Soares I. Endodoncia: Técnicas y fundamentos. 2da Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana 2012.
Vías de la pulpa. Stephen Cohen. Capítulo 17. Página 644

9. Es un objetivo de las técnicas coronoapicales en el tratamiento de conductos.

A) Obturar con cono único.
B) Disminuir la extrusión de bacterias. *
C) Evitar la extravasación de hipoclorito de sodio.
D) Obturar con gutapercha termoplastificada.
E) Disminuir el número de radiografías.

Referencia bibliográfica:
Soares I. Endodoncia: Técnicas y fundamentos. 2da Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana 2012.
Carlos Canalda Sahli. Endodoncia. pg. 176

10. Las técnicas apicocoronales para tratamientos de conductos están indicadas en

A) necrosis pulpar.
B) pulpitis irreversible sintomática. *
C) absceso apical agudo.
D) periodontitis apical asintomático.
E) absceso apical crónico.

Referencia bibliográfica:
Soares I. Endodoncia: Técnicas y fundamentos. 2da Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana 2012.
Vías de la pulpa. Stephen Cohen. Capítulo 8. Página 243.

11. El factor más importante para el éxito del tratamiento de las avulsiones en piezas permanentes es

A) la descontaminación de la superficie radicular.
B) el tiempo que ha permanecido el diente fuera de la boca. *
C) la pronta iniciación del tratamiento del conducto radicular.
D) la preparación apropiada del alveolo.
E) el tiempo de ferulización.

Referencia bibliográfica:
Soares I. Endodoncia: Técnicas y fundamentos. 2da Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana 2012.
Vías de la pulpa. Stephen Cohen. Página 629

12. ¿Cuáles son los factores primarios que intervienen en la formación de la caries dental?

A) género, huésped, dieta y bacterias
B) huésped, dieta, bacterias y tiempo *
C) huésped, género, dieta y tiempo
D) dieta, género y huésped
E) género, bacterias y dieta

Referencia bibliográfica: Hinostroza, G y Cd «Caries Dental: Principios y Procedimientos para el Diagnóstico». Ripano. 2007

13. La pérdida de tejidos dentales duros debido a la acción química de ácidos y/o quelantes sin la intervención de bacterias se denomina

A) erosión. *
B) abrasión.
C) abfracción.
D) atrición.
E) fractura.

Referencia bibliográfica: Hinostroza, G y Cd «Caries Dental: Principios y Procedimientos para el Diagnóstico». Ripano. 2007

14. La principal bacteria que interviene en la formación de caries dental es

A) *Streptococcus mutans.* *
B) *Enterococcus faecalis.*
C) *Staphilococcus aureus.*
D) *Actinomyces israelii.*
E) *Streptococcus sobrinus.*

Referencia bibliográfica: Hinostroza, G y Cd «Caries Dental: Principios y Procedimientos para el Diagnóstico». Ripano. 2007

15. La primera molar superior permanente, generalmente, presenta

A) 3 raíces y 4 conductos. *
B) 3 raíces y 3 conductos.
C) 4 raíces y 4 conductos.
D) 2 raíces y 4 conductos.
E) 2 raíces y 3 conductos.

Referencia bibliográfica:
Soares I. Endodoncia: Técnicas y fundamentos. 2da Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana 2012.
Endodoncia de la biología a la técnica, Manoel Eduardo de Lima Machado, pg. 168, cap. 11

16. ¿Cuál es la estructura de tejido conectivo que rodea a la raíz dentaria y la une al hueso?

A) epitelio del surco
B) epitelio de unión
C) encía insertada
D) ligamento periodontal *
E) cemento radicular

Referencia bibliográfica: Periodoncia clínica e implantología oral. Antonio Bascones. Capítulo 3 página 63

17. ¿Cuál es la patología periodontal que presenta dolor gingival, sangrado espontáneo, necrosis en papilas interproximales recubiertas por seudomembranas, malestar general y adenopatías?

A) Periodontitis del adulto
B) Gingivitis descamativa crónica
C) Hipertrofia gingival
D) Gingivitis ulceronecrotizante aguda *
E) Periodontitis juvenil localizada

Referencia bibliográfica: Periodoncia clínica e implantología oral. Antonio Bascones. Capítulo 12 página 199

18. ¿Cuál es el tipo de mucosa que recubre las mejillas, suelo de boca y mucosa alveolar?

A) masticatoria
B) especializada
C) de transición
D) hendidura gingival
E) de revestimiento *

Referencia bibliográfica: Periodoncia clínica e implantología oral. Antonio Bascones. Capítulo 3 página 50

19. ¿Cuál es la lesión gingivoperiodontal que aparece a las 2-3 semanas de acumulación de placa, con pérdida de inserción y formación de bolsas periodontales?

A) avanzada
B) precoz
C) inicial
D) idiopática
E) establecida *

Referencia bibliográfica: Periodoncia clínica e implantología oral. Antonio Bascones. Capítulo 7 página 135

20. ¿Cuál es la reacción grave y aguda, posterior a la administración de un antígeno específico, que se caracteriza por eritema difuso, angioderma perioral y periorbital, edema laríngeo y pulmonar, agitación, vértigo y visión borrosa?

A) síncope cardiogénico
B) angina de pecho
C) síncope neurogénico
D) hipoglucemia
E) anafilaxia *

Referencia bibliográfica: Cirugía Bucal Patología y Técnica. M. Dorado Capítulo 14 página 175

21. Los fórceps «pico de milano» están indicados para la exodoncia de

A) premolares inferiores. *
B) molares superiores.
C) incisivos superiores.
D) molares inferiores.
E) incisivos inferiores.

Referencia bibliográfica: Cirugía Bucal Patología y Técnica. M. Dorado Capítulo 17 página 197

22. ¿Cuál es la complicación post exodoncia en la que el alveolo carece de coágulo sanguíneo con dolor intenso y con pared ósea expuesta?

A) alveolitis supurada
B) alveolitis seca *
C) alveolitis granulomatosa
D) osteomielitis
E) alveolitis húmeda

Referencia bibliográfica: Cirugía Bucal Patología y Técnica. M. Dorado Capítulo 20 página 235

23. Es objetivo del aislamiento del campo operatorio.

A) Evitar contaminación de los materiales de trabajo
B) Proteger al operador de accidentes oculares
C) Disminuir el costo del tratamiento
D) Mantener la asepsia del campo de trabajo *
E) Mantener la humedad en la pieza a tratar

Referencia bibliográfica: Endodoncia. Técnicas quirúrgicas y bases científicas. Carlos Canalda, Capítulo 13 página 137

24. Es un trastorno del desarrollo de los tejidos blandos de la región bucal.

A) amelogénesis imperfecta
B) hipoplasia generalizada del esmalte
C) dentinogénesis imperfecta
D) anquiloglosia *
E) dientes supernumerarios

Referencia bibliográfica: Patología oral y maxilofacial contemporánea. J. Philip Sapp Capítulo 1 página 22

25. La característica clínica de los tumores benignos de glándulas salivales es ser

A) encapsulada. *
B) invasiva.
C) metastásica.
D) indurada.
E) fija.

Referencia bibliográfica: Patología oral y maxilofacial contemporánea. J. Philip Sapp Capítulo 10 página 338.

26. Es una complicación durante el procedimiento de una exodoncia.

A) alveolitis seca
B) infección
C) trismus
D) parestesia
E) fractura ósea *

27. ¿Cuál es el tratamiento de una alveolitis seca?

A) antibióticoterapia, irrigación y aplicación de cemento de eugenato
B) analgésicos, curetaje del alveolo, aplicación de cemento de eugenato
C) analgésicos, antibióticoterapia y curetaje del alveolo
D) antibióticoterapia y curetaje del alveolo
E) analgésicos, irrigación del alveolo y aplicación de cemento de eugenato *

Referencia bibliográfica: Donado M, Martínez J.M. Cirugía Bucal Patología y Técnica. 4ta. Ed, Elsevier Masson. 2014.

28. La cúspide de menor tamaño de una primera molar superior permanente es

A) mesio vestibular.
B) disto vestibular.
C) mesio lingual.
D) mesio palatino.
E) disto palatina. *

Referencia bibliográfica: Manoel Eduardo de Lima Machado. pg. 420

29. La técnica quirúrgica de marsupialización se utiliza para tratar

A) quistes pequeños.
B) eliminación completa del quiste.
C) raíces fracturadas.
D) lesiones sólidas.
E) quistes voluminosos. *

Referencia bibliográfica: Manoel Eduardo de Lima Machado. pg. 420

30. El objetivo de la apicoplastía consiste en

A) desgaste de la región apical para tener una raíz lisa. *
B) eliminación del tercio apical.
C) eliminación de los 2/3 radicular.
D) desgaste de toda la raíz.
E) desgaste de la zona cervicular radicular.

Referencia bibliográfica: Soares I. Endodoncia: Técnicas y fundamentos. 2da Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana 2012.
Manoel Eduardo de Lima Machado. pg. 412

31. Uno de los fines fundamentales del tratamiento periodontal es

A) la recuperación total de tejidos perdidos.
B) la resolución completa del proceso inflamatorio. *
C) que exista hemorragia solo al sondaje.
D) el edema desaparece parcialmente.
E) la presencia de bolsas periodontales.

Referencia bibliográfica:
Lindhe J. Periodontológica clínica e implantología odontológica. 5ta Edición. 2009
Periodoncia clínica e implantología oral. Antonio Bascones. pg. 45.

32. En operatoria dental, el material indicado como base cavitaria es

A) resina fluida.
B) ionómero de vidrio. *
C) fosfato de zinc.
D) cemento de policarboxilato.
E) cemento de óxido de zinc y eugenol.

Referencia bibliográfica: Barrancas J. Operatoria dental. Integración clínica. 4ta Ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2011

33. Las lesiones de caries interproximales se deben evaluar con una radiografía

A) periapical.
B) oclusal.
C) aleta de mordida/bite wing. *
D) panorámica.
E) lateral de cráneo.

Referencia bibliográfica: Barrancas J. Operatoria dental. Integración clínica. 4ta Ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2011

34. Las preparaciones cavitarias Clase V, según la clasificación de Black, se realizan en

A) tercio cervical. *
B) cara oclusal.
C) caras proximales de premolares y molares.
D) caras proximales en dientes anteriores.
E) ángulo incisal de dientes anteriores.

Referencia bibliográfica: Barrancas J. Operatoria dental. Integración clínica. 4ta Ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2011

35. En la reanimación cardiopulmonar básica (RCP) la relación de compresiones torácicas y ventilación boca a boca es

A) 30/2. *
B) 15/2.
C) 20/2.
D) 30/3.
E) 30/4.

Referencia bibliográfica: Cirugía Bucal Patología y Técnica. M. Dorado Capítulo 14 página 170

36. El paso de la exodoncia con el que se consigue la dilatación alveolar y rotura de los ligamentos periodontales es

A) prensión.
B) sindesmotomia.
C) toma del fórceps.
D) luxación. *
E) fracción.

Referencia bibliográfica: Cirugía Bucal Patología y Técnica. M. Dorado Capítulo 18 página 205

37. Los músculos de la lengua, en su gran mayoría, se encuentran inervados por el ____ par craneal.

A) V
B) VII
C) XI
D) XII *
E) X

Referencia bibliográfica: Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos. Netter 2007

38. Si un paciente presenta en los dientes, sellantes de fosas y fisuras, restauraciones de resinas compuestas o restauraciones de porcelana, ¿qué tipo de flúor debe aplicarse?

A) flúor acidulado
B) flúor barniz
C) flúor amino de plata
D) flúor neutro *
E) flúor estañoso

Referencia bibliográfica: Angus C. Cameron – Richard P. Widmer. Manual de Odontología Pediátrica. Capítulo 4 Modalidades de flúor. Página 63

39. ¿Cuántas partes por millón de ion flúor contiene el flúor gel acidulado?

A) 2 500 ppm
B) 9 900 ppm
C) 13 200 ppm
D) 12 300 ppm*
E) 26 300 ppm

Referencia bibliográfica: Angus C. Cameron – Richard P. Widmer. Manual de Odontología Pediátrica. Capítulo 4 Modalidades de flúor. Página 62

40. Una de las ventajas de los sellantes resinosos usados en odontopediatría es

A) tener menor tiempo de trabajo. *
B) ser transparente.
C) ser autopolimerizable.
D) la ausencia de carga orgánica.
E) la no liberación de flúor.

Referencia bibliográfica: Mario Elías Podestá – César Arellano Sacramento. Odontología para bebés. Capítulo 13 Componente Restaurador. Página 347

41. ¿Cuánto tiempo se debe colocar el ácido grabador en la superficie dental para la colocación de un sellador?

A) 5 segundos
B) 30 segundos
C) 40 segundos
D) 50 segundos
E) 20 segundos *

Referencia bibliográfica: Juan R. Boj. – Monserrat Catalá. Odontopediatría – La evolución del niño al adulto joven. Capítulo 19 Selladores de fosas y fisuras. Página 273

42. Una de las características clínicas de la encía en la gingivoestomatitis herpética primaria es la presencia de

A) placas.
B) tumores.
C) pigmentaciones.
D) cianosis.
E) vesículas y úlceras. *

Referencia bibliográfica: Angus C. Cameron – Richard P. Widmer. Manual de Odontología Pediátrica. Capítulo 8 Patología y medicina oral pediátrica. Página 174

43. ¿Qué lesión blanca en tejido blando de la cavidad bucal puede desaparecer al raspado?

A) liquen plano
B) ulceración oral traumática
C) candidiasis pseudomembranosa *
D) leucoplasia
E) estomatitis

Referencia bibliográfica: Angus C. Cameron – Richard P. Widmer. Manual de Odontología Pediátrica. Capítulo 8 Patología y Medicina oral pediátrica. Página 176

44. El quiste de erupción se caracteriza por tener color

A) rojo.
B) negro azulado. *
C) violáceo.
D) rojo opaco.
E) rojo azulado.

Referencia bibliográfica: Autor: Angus C. Cameron – Richard P. Widmer. Manual de Odontología Pediátrica, cap. 8 Patología y medicina oral pediátrica pag. 192

45. El tratamiento del mucocele es

A) masajear la glándula.
B) escisión quirúrgica. *
C) exprimir el conducto.
D) antibiótico.
E) curación espontánea.

Referencia bibliográfica: Autor: Angus C. Cameron – Richard P. Widmer. Manual de Odontología Pediátrica, cap. 8 Patología y Medicina oral pediátrica pag. 212

46. Un mantenedor de espacio removible previene la

A) distalización de los dientes anteriores.
B) mesialización de los molares temporales.
C) elongación de los molares temporales superiores.
D) mesialización de los molares permanentes. *
E) elongación de los molares permanentes inferiores.

Referencia bibliográfica: Autor: Angus C. Cameron – Richard P. Widmer. Manual de Odontología Pediátrica, cap. 11 Diagnóstico y Tratamiento ortodóntico en la dentición mixta. pag. 349

47. ¿A qué edad normalmente el niño debe dejar el hábito de succión digital?

A) 2 – 3 años *
B) 4 – 5 años
C) 6 – 8 años
D) 9 – 10 años
E) 10 – 12 años

Referencia bibliográfica: Autor: Angus C. Cameron – Richard P. Widmer. Manual de Odontología Pediátrica, cap. 11 Diagnóstico y Tratamiento ortodóntico en la dentición mixta. pag. 368

48. Dispositivo que sirve para establecer la altura del rodete superior en el sector anterior y posterior llamado platina de

A) Frankfort.
B) Palatina.
C) Camper.
D) Mandibular.
E) Fox. *

Referencia bibliográfica: Prótesis total Walter Millares.

49. Una prótesis total confeccionada con una dimensión vertical disminuida producirá

A) ausencia de espacio libre.
B) incompetencia labial.
C) mayor presión en los rebordes.
D) mayor reabsorción en rebordes.
E) quelitis comisural. *

Referencia bibliográfica: Prótesis total Walter Millares.

50. El montaje del rodete inferior para la elaboración de una prótesis total debe ser

A) en relación céntrica. *
B) con arco facial.
C) en oclusión habitual.
D) en máxima intercuspidación.
E) afrontando los rodetes.

Referencia bibliográfica: Prótesis total Walter Millares.

51. En la confección de una prótesis total, la cubeta individual

A) debe llegar al fondo del surco.
B) debe de sobre extenderse 2 mm del fondo de surco.
C) sirve para tomar la impresión primaria.
D) sirve para tomar la impresión preliminar.
E) debe quedar a 2 mm del fondo de surco. *

Referencia bibliográfica: Prótesis total Walter Millares.

52. En el tallado para la confección de una corona, la retención se da por

A) la reducción oclusal.
B) el biselado de la cúspide funcional.
C) el biselado de la cúspide guía.
D) el paralelismo de las paredes opuestas. *
E) la terminación cervical.

Referencia bibliográfica: Prótesis fija Hobo Shillimburg.

53. En la cementación definitiva de una corona, ¿qué cemento podría dañar la pulpa?

A) policarboxilato de zinc
B) ionómero de vidrio
C) fosfato de zinc *
D) cemento resinoso
E) hidróxido de calcio

Referencia bibliográfica: Rehabilitación oral Elio Mezomo.

54. Cualidad de la preparación dentaria que evita el dislocamiento de una prótesis fija frente a fuerzas oblicuas.

A) retención
B) estabilidad *
C) solidez estructural
D) márgenes perfectos
E) biselado de la cúspide funcional

Referencia bibliográfica: Prótesis fija Hobo Shillimburg.

55. ¿Cuál de las siguientes coronas preserva más estructura dentaria?

A) metálica *
B) Veneer de porcelana
C) Veneer de ivocrom
D) metal porcelana
E) libre de metal

Referencia bibliográfica: Prótesis fija Hobo Shillimburg.

56. En la preparación dentaria, desde el punto de vista periodontal, la terminación debería ser

A) margen gingival.
B) infra gingival.
C) hombro recto.
D) hombro recto y biselado.
E) supra gingival. *

Referencia bibliográfica: Rehabilitación oral Elio Mezomo.

57. En la confección de una corona de metal porcelana en el sector anterior, la reducción incisal ideal es de

A) 1,0 mm.
B) 0,5 mm.
C) 1,2 mm.
D) 2,0 mm. *
E) 0,8 mm.

Referencia bibliográfica: Rehabilitación oral Elio Mezomo.

58. En la confección de espigos, ¿qué característica clínica permite el efecto Férrule o abrazadera?

A) 0 mm de remanente coronario con respecto al margen gingival
B) Uso de espigos de fibra de vidrio
C) Uso de espigos colados
D) 1 a 2 mm de remanente coronario con respecto al margen gingival *
E) Impresión exacta del conducto radicular

Referencia bibliográfica: Prótesis fija Hobo Shillimburg.

59. La cementación provisional de una restauración fija se puede realizar con cementos a base de

A) policarboxilato de zinc.
B) oxifosfato de zinc.
C) inómero de vidrio.
D) hidróxido de calcio. *
E) cementos resinosos.

Referencia bibliográfica: Rehabilitación oral Elio Mezomo.

60. Material de impresión definitiva con mejores características fisicoquímicas.

A) silicona por condensación
B) silicona por adición *
C) hidrocoloide reversible
D) alginato
E) polisulfuro

Referencia bibliográfica: Rehabilitación oral Elio Mezomo.

61. En la técnica de impresión definitiva mediante el método de copas de acrílico de Ripol, el rebase con acrílico de combustión completa tiene como objetivo

A) retracción química de la encía.
B) retracción química mecánica de la encía.
C) evitar el sangrado gingival.
D) mejor adaptación de las copas de acrílico.
E) retracción mecánica de la encía. *

Referencia bibliográfica: Rehabilitación oral Elio Mezomo.

62. Pieza 11 con tratamiento de conductos con longitud de obturación de 21 mm que requiere espigo muñón, ¿cuál es la máxima longitud de desobturación que garantice el sellado apical?

A) 19 mm
B) 11 mm
C) 17 mm *
D) 10 mm
E) 12 mm

Referencia bibliográfica: Prótesis fija Hobo Shillimburg.

63. Se coloca un espigo muñón en un diente con tratamiento endodóntico para

A) reforzar al diente.
B) sellar el tratamiento de conductos.
C) conseguir retención para la prótesis fija. *
D) que funcione como restauración definitiva.
E) evitar la fractura radicular.

Referencia bibliográfica: Prótesis fija Hobo Shillimburg.

64. Ventaja del espigo fibra de vidrio con respecto al espigo colado.

A) Es más exacto que el colado
B) Módulo de elasticidad semejante al diente *
C) Es más resistente que el colado
D) Se adapta mejor a la anatomía del conducto
E) Su cementación es más sencilla

Referencia bibliográfica: Endodoncia Carlos Canalda Sehli.

65. Maxilar inferior edéntulo parcial con extremo libre bilateral además ausencias de piezas 31, 32, 41 y 42. Según la clasificación de Kennedy se considera

A) Clase I modificación 1 *
B) Clase II modificación 1
C) Clase III modificación 1
D) Clase III
E) Clase IV

Referencia bibliográfica: Prótesis parcial renovable David Loza.

66. En el diseño de una prótesis parcial removible Clase I de Kennedy, el elemento que evita el levantamiento de la base acrílica es

A) apoyo en distal del pilar.
B) apoyo en mesial del pilar.
C) conector base lingual.
D) la extensión de la base acrílica.
E) retenedor indirecto. *

Referencia bibliográfica: Prótesis parcial removible David Loza.

67. En el diseño de una prótesis parcial removible ¿cuál es el elemento que dirige las fuerzas oclusales a los dientes pilares?

A) conector mayor
B) conector menor
C) brazo opositor
D) retenedor
E) apoyo oclusal *

Referencia bibliográfica: Prótesis parcial renovable David Loza.

68. En una prótesis parcial removible el elemento que se encuentra dentro de la zona retentiva es

A) todo el brazo retentivo.
B) el brazo opositor.
C) el tercio final del brazo retentivo. *
D) el conector menor.
E) la placa proximal.

Referencia bibliográfica: Prótesis parcial removible David Loza.

69. El aditamento del paralelígrafo que determina la posición exacta de la punta del retenedor es

A) el calibrador. *
B) la barra analizadora.
C) el grafito.
D) la platina.
E) la barra recortadora.

Referencia bibliográfica: Prótesis parcial removible David Loza.

70. El elemento de la prótesis parcial removible que permite contrarrestar la fuerza ejercida por el brazo retentivo es el

A) conector menor.
B) brazo opositor. *
C) conector mayor.
D) cuerpo del retenedor.
E) apoyo oclusal.

Referencia bibliográfica: Prótesis parcial removible David Loza.

71. El elemento de la prótesis parcial removible que determina el eje de inserción es

A) el conector menor.
B) la placa proximal. *
C) el brazo opositor.
D) la base acrílica.
E) el retenedor.

Referencia bibliográfica: Prótesis parcial removible David Loza.

72. El ángulo de Bennett se observa en

A) el cóndilo del lado del trabajo.
B) el cóndilo del lado de no trabajo. *
C) en el desplazamiento interior del cóndilo.
D) el cóndilo del lado del balance.
E) en la curva de Spee.

Referencia bibliográfica: Oclusión. Jeffrey P. Okeson.

73. Para confeccionar una prótesis fija solo con ausencia de las piezas 14 y 15, el montaje inferior en ASA se hará

A) usando el arco facial.
B) en máxima intercuspidación. *
C) usando un registro en relación céntrica.
D) usando un registro en posición postural.
E) usando un registro en protrusiva.

Referencia bibliográfica: Rehabilitación Oral. Elio Mezomo.

74. Un articulador de bisagra permite

A) articular los modelos en relación céntrica.
B) articular los modelos con arco facial.
C) articular los modelos en máxima intercuspidación. *
D) realizar análisis de la oclusión.
E) registro de lateralidades.

Referencia bibliográfica: Rehabilitación Oral. Elio Mezomo.

75. En la pieza 36, las cúspides de trabajo son

A) linguales.
B) mesiales.
C) distales.
D) vestibulares. *
E) distomesiales.

Referencia bibliográfica: Oclusión. Jeffrey P. Okeson.

76. Paciente con dimensión postural de 48 mm y espacio libre de 4 mm. ¿Cuánto es su dimensión vertical oclusal?

A) 40 mm
B) 52 mm
C) 48 mm
D) 44 mm*
E) 42 mm

77. La propiedad de abrazar el diente pilar más de 180 grados es un requisito que debe cumplir cada retenedor y se denomina

A) reciprocación.
B) retención.
C) estabilidad.
D) circunvalación. *
E) pasividad.

Referencia bibliográfica: McCracken Prótesis Parcial Removible

78. Según el análisis cefalométrico, el ángulo que nos indica inclinación dentaria del incisivo superior es

A) 1 – NB.
B) LS – S.
C) Li – S.
D) 1 – NA. *
E) SNB.

Referencia bibliográfica: Ortodoncia. Thomas Graver.

79. Cuando el ángulo formado por el plano de Frankfurt y el plano mandibular se encuentra disminuido indica

A) hiperdivergencia mandibular.
B) rotación maxilar.
C) protrusión maxilar.
D) hipodivergencia mandibular. *
E) protrusión mandibular.

Referencia bibliográfica: Ortodoncia. Thomas Graver.

80. Según Angle, una maloclusión de Clase II división 1 se caracteriza por

A) incisivos laterales superiores vestibularizados.
B) mordida abierta anterior.
C) *over jet* disminuido.
D) *over bite* 20%.
E) *over jet* aumentado. *

Referencia bibliográfica: Ortodoncia. Thomas Graver.

81. En una relación canina Clase I,

A) la vertiente mesial del canino superior coincide con la vertiente mesial del canino inferior.
B) la cúspide del canino superior coincide con la cúspide del canino inferior.
C) la vertiente mesial del canino superior coincide con la vertiente distal del canino inferior. *
D) la vertiente distal del canino superior coincide con la mesial del canino inferior.
E) la vertiente distal del canino superior coincide con la distal del canino inferior.

Referencia bibliográfica: Ortodoncia. Thomas Graver.

82. En la exodoncia de una segunda molar inferior, ¿qué fórceps se debe utilizar?

A) bayoneta
B) pico de loro *
C) recto
D) pico de milano
E) raigonero

83. En la exodoncia de la pieza 36, la posición del operador en relación con las agujas del reloj debe ser a

A) las 3. *
B) las 6.
C) las 9.
D) las 12.
E) la 1.

84. Luego de una exodoncia compleja, se indica clindamicina de 300 mg

A) cada 8 horas. *
B) cada 4 horas.
C) cada 12 horas.
D) cada 24 horas.
E) condicionado al dolor.

85. Es un medio biológico de control del sangrado post extracción.

A) cianocrilato
B) esponja de colágeno *
C) ácido tranexámico
D) ácido tricloroacético
E) cera para hueso

86. La extirpación de un mucocele se realiza mediante una incisión

A) lineal.
B) losange. *
C) trapezoidal.
D) semilunar.
E) mucoperióstica.

87. Un paciente hipertenso medicado por más de un año con nifedipino podría presentar en su cavidad bucal

A) hiperplasia fibrosa focal.
B) fibromatosis gingival hereditaria.
C) hiperplasia gingival generalizada. *
D) granuloma periférico a células gigantes.
E) granuloma piogénico.

88. Es una característica clínica bucal de la anemia ferropénica.

A) leucoplasia
B) eritroplasia
C) lengua depapilada *
D) liquen plano
E) melanosis

89. Son características de una oclusión ideal, excepto

A) relación céntrica coincidente con máxima intercuspidación.
B) *over bite* del 30%.
C) deslizamiento en céntrica de 2 mm. *
D) relación canina Clase I.
E) relación molar Clase I.

Referencia bibliográfica: Oclusión. Jeffrey P. Okeson.

90. En la confección de una PPR del maxilar inferior Clase I de Kennedy, marque la afirmación correcta.

A) Se debe colocar el mayor número de dientes artificiales.
B) Apoyo ubicado en distal del diente pilar.
C) La extensión de la base debe ser máxima. *
D) Retenedor tipo Acker en pilares.
E) Impresión definitiva con cubeta de stock y alginato.

Referencia bibliográfica: Prótesis parcial removible Mc Craken.

91. En la confección de la prótesis total, marque lo verdadero.

A) La godiva verde sirve para el sellado mucoso periférico. *
B) La impresión definitiva se realiza con alginato.
C) La cubita individual carece de alivios.
D) La placa base queda a 2 mm del fondo de surco.
E) El esquema dental monoplano mejora la eficiencia masticatoria.

Referencia bibliográfica: Prótesis total Walter Millares.

92. Según la clasificación de Kennedy, la única que no acepta modificaciones.

A) Clase I
B) Clase IV *
C) Clase II
D) Clase III
E) Clase V

Referencia bibliográfica: Prótesis parcial removible Mc Craken.

93. En la sedación consciente, una de las características es

A) que el paciente se despierta fácilmente, pero responde a estímulos.
B) que el paciente necesita asistencia ventilatoria.
C) que el paciente se duerma durante el tratamiento.
D) que la función cardiovascular se ve afectada.
E) la respuesta a estímulos provocados, verbales y táctiles. *

Referencia bibliográfica: Cirugía Oral y rexiloflural López.

94. Con respecto a la pulpitis irreversible sintomática, conteste (V) o (F) según corresponda.

I. El dolor es espontáneo
II. Responde a cambios de temperatura
III. Puede haber dolor a la percusión
IV. Presencia de imagen radiolúcida apical

A) VFVV
B) VVVV
C) FVFV
D) VVVF *
E) FFVV

95. Con respecto al absceso apical agudo, conteste (V) o (F) según corresponda.

I. El dolor es localizado
II. El dolor es sordo y continuo
III. El dolor se modifica con los cambios de temperatura
IV. Sensación del diente extruido
V. El diente responde normalmente a las pruebas de vitalidad

A) FFFFF
B) VVVVV
C) VFVFF
D) VVFVF*
E) VVVVF

Referencia bibliográfica: Periodontal clínico implantología oral 2010. Antonio Bascores. Capítulo 21 pág. 305.

96. Para confeccionar un espigo muñón en una pieza ____, se desobtura la raíz _____.

A) 16 – mesiovestibular
B) 16 – distovestibular
C) 46 – mesiolingual
D) 46 – distal *
E) 46 – mesiovestibular

Referencia bibliográfica: Herbert T. et al. Shillimburg. Fundamentos Fundamentales en Prótesis Fija.

97. ¿Cuál es el quiste odontogénico de mayor prevalencia?

A) dentígero
B) queratoquiste
C) periapical *
D) gingival
E) nasopalatino

98. Las fresas Gates – Glilden #1 usadas para la preparación del tercio coronal en endodoncia corresponde a una lima K #

A) 70
B) 90
C) 50. *
D) 40
E) 45.

Referencia bibliográfica: Soares I. Endodoncia: Técnicas y fundamentos. 2da Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana 2012.

99. ¿Cuál es el accidente que se produce durante la instrumentación endodóntica por ejercer presión hacia apical con la punta de un instrumento no precurvado en conductores curvos?

A) escalón *
B) transporte apical
C) perforación lateral
D) separación de instrumento
E) deformación del ápice radicular

Referencia bibliográfica: Endodoncia Técnicas Clínicas. Carlos Canalda Cap. 15 - 192

100. Dentro de las recomendaciones en la aplicación del barniz fluorado se indica

A) aplicar el barniz fluorado en ayunas.
B) aplicarse en encías sangrantes.
C) ingerir alimentos a los 5 minutos de aplicación.
D) enjuagarse luego de la aplicación.
E) cepillar los dientes después de 12 horas posterior a la aplicación. *