



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE
SAN MARCOS

Universidad del Perú, Decana de América

Examen Nacional de Odontología
ENAO 2022

Prueba 2
con referencias bibliográficas



asociación peruana de facultades de odontología

Licenciada por SUNEDU



Domingo 10 de abril de 2022



OFICINA CENTRAL DE ADMISIÓN

PRUEBA 2 con referencias bibliográficas

INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuál es una variable cualitativa?

- A) Edad B) Sexo * C) Talla D) Peso E) CPOD

Referencia bibliográfica: Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la Investigación. 6ta Ed. México D.F.: Mc Graw Hill; 2014.

2. Estudio que se emplea cuando el objetivo consiste en examinar un tema poco estudiado o novedoso.

- A) Descriptivo
B) Exploratorio *
C) Correlacional
D) Explicativo
E) Experimental

Referencia bibliográfica: Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la Investigación. 6ta Ed. México D.F.: Mc Graw Hill; 2014.

3. Proposiciones tentativas sobre las posibles relaciones entre dos o más variables. Corresponde a

- A) hipótesis. *
B) problema.
C) justificación.
D) objetivos.
E) población.

Referencia bibliográfica: Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la Investigación. 6ta Ed. México D.F.: Mc Graw Hill; 2014.

4. Estudios que registran datos en diferentes momentos en el tiempo.

- A) Transversales
B) Ecológicos
C) Cualitativos
D) Opiniones de expertos
E) Longitudinales *

Referencia bibliográfica: Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la Investigación. 6ta Ed. México D.F.: Mc Graw Hill; 2014.

5. Conjunto de todos los datos que concuerdan con determinadas características.

- A) Muestra
B) Criterios de exclusión
C) Selección de muestra
D) Población *
E) Tamaño muestral

Referencia bibliográfica: Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la Investigación. 6ta Ed. México D.F.: Mc Graw Hill; 2014.

6. Es una medida de tendencia central.

- A) Varianza
- B) Valor mínimo
- C) Moda *
- D) Valor máximo
- E) Desviación estándar

Referencia bibliográfica: Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la Investigación. 6ta Ed. México D.F.: Mc Graw Hill; 2014.

7. Prueba estadística para evaluar la hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas o cualitativas.

- A) T-Student
- B) Rango
- C) Chi-cuadrado *
- D) U de Mann Whitney
- E) Regresión lineal

Referencia bibliográfica: Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la Investigación. 6ta Ed. México D.F.: Mc Graw Hill; 2014.

8. Son enfoques de investigación.

- A) Cualitativo, cuantitativo y mixto *
- B) Prospectivo y retrospectivo
- C) Observacional y experimental
- D) Descriptivo, analítico y mixto
- E) Transversal y longitudinal

Referencia bibliográfica: Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la Investigación. 6ta Ed. México D.F.: Mc Graw Hill; 2014.

9. Propiedad de variación que puede medirse y observarse.

- A) Muestra
- B) Variable *
- C) Objetivo
- D) Marco muestral
- E) Hipótesis

Referencia bibliográfica: Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la Investigación. 6ta Ed. México D.F.: Mc Graw Hill; 2014.

10. Es una técnica de control muy difundida para asegurar la equivalencia inicial al ser asignados al azar los casos o sujetos a los grupos de investigación.

- A) Selección por conveniencia
- B) Bola de nieve
- C) Asignación no probabilística
- D) Control de sesgos
- E) Asignación aleatoria *

Referencia bibliográfica: Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la Investigación. 6ta Ed. México D.F.: Mc Graw Hill; 2014.

MEDICINA Y PATOLOGÍA

11. ¿Cuál es un tumor odontogénico?

- A) Queratoacantoma
- B) Carcinoma escamoso
- C) Basalioma
- D) Ameloblastoma *
- E) Angiosarcoma

Referencia bibliográfica: Horch HH. Cirugía oral y maxilofacial. Barcelona: Edit. Masson; 1996.

12. ¿Cuál es el tumor maligno de origen muscular?

- A) Carcinoma verrucoso
- B) Melanoma maligno
- C) Leiomioma *
- D) Fibrosarcoma
- E) Liposarcoma

Referencia bibliográfica: Regezi S. Patología Bucal. Correlaciones clínico patológicas. Pensilvania: Edit. Mc Graw-Hill; 1999.

13. La quimioterapia puede dañar los precursores de células sanguíneas; sus recuentos bajos pueden provocar

- A) trombocitosis.
- B) infección oral por leucopenia. *
- C) alteración hormonal.
- D) osteopetrosis.
- E) metástasis.

Referencia bibliográfica: Kwon PH, Laskin DM. Manual clínico de cirugía oral y maxilofacial. México D.F.: Edit. Amolca; 2003.

14. En un paciente con radioterapia de cabeza y cuello, el procedimiento de extracción dental se debe realizar

- A) dos días después de la radioterapia sin cobertura antibiótica.
- B) inmediatamente después de la radioterapia.
- C) 15 a 21 días antes de la radioterapia. *
- D) durante la radioterapia con cobertura antibiótica.
- E) durante la radioterapia con sutura.

Referencia bibliográfica: Kwon PH, Laskin DM. Manual clínico de cirugía oral y maxilofacial. México D.F.: Edit. Amolca; 2003.

15. Los defectos congénitos maxilofaciales con macrostomía, hipoplasia del cóndilo mandibular, apéndices preauriculares y coloboma son características
- A) del síndrome de Goldenhar. *
 - B) de la fisura labiopalatina.
 - C) del síndrome de Apert.
 - D) del síndrome de Gardner.
 - E) del síndrome de Down.

Referencia bibliográfica: Horch HH. Cirugía oral y maxilofacial. Barcelona: Edit. Masson; 1996.

16. ¿Cuál es el proceso embrionario que forma la premaxila?
- A) Zigomático
 - B) Mandibular
 - C) Occipital
 - D) Frontonasal *
 - E) Parietal

Referencia bibliográfica: Horch HH. Cirugía oral y maxilofacial. Barcelona: Edit. Masson; 1996.

17. ¿Cuál es la anemia que se caracteriza por presentar baja ferritina plasmática?
- A) Anemia aplásica
 - B) Anemia talasémica
 - C) Neutropenia
 - D) Anemia hemolítica
 - E) Anemia por deficiencia de hierro *

Referencia bibliográfica: Kwon PH, Laskin DM. Manual clínico de cirugía oral y maxilofacial. México D.F.: Edit. Amolca; 2003.

18. En un paciente con hemofilia A, para realizarle un procedimiento quirúrgico se debe compensar sistémicamente con concentrado liofilizado de factor
- A) XI. B) IX. C) VIII. * D) V. E) IV.

Referencia bibliográfica: Gay Escoda C, Berini Aytés L. Cirugía bucal. Barcelona: Edit. Océano/Ergon; 2004.

19. ¿En qué situación se recomienda administrar carbohidratos (agua con azúcar o dextrosa), zumo de naranja o refresco azucarado cada 5 minutos?
- A) Cetoacidosis diabética
 - B) Hipoglucemia *
 - C) Diabetes gestacional
 - D) Hiperglucemia
 - E) Coma diabético

Referencia bibliográfica: Días de Andrade E. Emergencia Médica Odontológica. Sao Paulo: Edit. Artes Médicas; 2004.

20. El conteo plaquetario menor a 50 000/dl está asociado a un sangrado por

- A) policitemia vera.
- B) trombocitopenia. *
- C) síndrome hemolítico.
- D) deficiencia de factor.
- E) hipoesplenismo.

Referencia bibliográfica: Kwon PH, Laskin DM. Manual clínico de cirugía oral y maxilofacial. México D.F.: Edit. Amolca; 2003.

CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL

21. El fórceps con bocado simple para la raíz palatina y un bocado con espolón para las raíces vestibulares se denomina fórceps

- A) recto.
- B) pico de loro.
- C) bayoneta.
- D) pico de milano.
- E) molar superior. *

Referencia bibliográfica: Solé F, Muñoz F. Cirugía bucal para pregrado y el odontólogo general. Santiago: Edit. Almolca; 2012

22. El fórceps consta de tres partes. Una de ellas es pasiva y se denomina

- A) mango. *
- B) bocado.
- C) mordiente.
- D) cuello.
- E) articulación.

Referencia bibliográfica: Gay Escoda C, Berini Aytés L. Cirugía bucal. Barcelona: Edit. Océano/Ergon; 2004.

23. En la exodoncia de la pieza dentaria 16, se debe bloquear el nervio

- A) alveolar superior posterior y el nervio palatino anterior. *
- B) alveolar superior anterior y el nervio nasopalatino.
- C) alveolar superior medio y el nervio palatino anterior.
- D) infraorbitario y el nervio nasopalatino.
- E) alveolar superior anterior y el nervio palatino anterior.

Referencia bibliográfica: Gay Escoda C, Berini Aytés L. Cirugía bucal. Barcelona: Edit. Océano/Ergon; 2004.

24. La técnica _____ considera los siguientes reparos anatómicos: borde anterior de rama mandibular y masetero, ligamento pterigomaxilar, triángulo retromolar y caras oclusales de los molares inferiores para anestésiar el nervio dentario inferior.

- A) infiltrativa
- B) intraseptal
- C) intrapulpar
- D) troncular *
- E) intraligamentosa

Referencia bibliográfica: Gay Escoda C, Berini Aytés L. Cirugía bucal. Barcelona: Edit. Océano/Ergon; 2004.

25. En una extracción dental, ¿en qué caso se indica una odontosección y osteotomía?

- A) Remanente radicular móvil
- B) Pieza con indicación de extracción simple
- C) Diente caduco en recambio
- D) Mesiodent ubicado clínicamente entre incisivos
- E) Raíces dilaceradas delgadas y largas *

Referencia bibliográfica: Martínez Treviño J. Cirugía oral y maxila facial. México: Edit. Manual Moderno; 2009.

26. Las extracciones están contraindicadas en

- A) raíces rectas y de buen volumen.
- B) dientes ectópicos de fácil acceso.
- C) dientes incluidos en zonas de neoplasias. *
- D) raíces sin soporte óseo.
- E) dientes con alta movilidad dentaria.

Referencia bibliográfica: Solé F, Muñoz F. Cirugía bucal para pregrado y el odontólogo general. Santiago: Edit. Almolca; 2012

27. En una exodoncia, ¿qué instrumento se utiliza en la presión, impulsión, luxación y tracción?

- A) Elevador
- B) Fórceps *
- C) Legra
- D) Bisturí
- E) Cureta

Referencia bibliográfica: Solé F, Muñoz F. Cirugía bucal para pregrado y el odontólogo general. Santiago: Edit. Almolca; 2012

28. Las fases de diéresis, hemostasia, exéresis y síntesis se da en la intervención quirúrgica de

- A) recubrimiento pulpar.
- B) alisamiento radicular.
- C) frenillo lingual. *
- D) obturación ortógrada.
- E) exéresis pulpar.

Referencia bibliográfica: Solé F, Muñoz F. Cirugía bucal para pregrado y el odontólogo general. Santiago: Edit. Almolca; 2012

29. ¿Cuál es el procedimiento quirúrgico que comprende anestesia, incisión, decolado del colgajo, osteotomía, odontosección, exéresis, reposición del colgajo y sutura?
- A) Exodoncia simple
 - B) Tratamiento radicular ortógrado
 - C) Exodoncia compleja *
 - D) Apicogénesis por trauma
 - E) Recromía dental

Referencia bibliográfica: Gay Escoda C, Berini Aytés L. Cirugía bucal. Barcelona: Edit. Océano/Ergon; 2004.

30. Existen tipos de incisiones que delimitan los colgajos. La incisión trapezoidal es de tipo
- A) crevicular. B) Parch. C) triangular. D) Newman. * E) envolvente.

Referencia bibliográfica: Solé F, Muñoz F. Cirugía bucal para pregrado y el odontólogo general. Santiago: Edit. Almolca; 2012

REHABILITACIÓN Y OPERATORIA

31. En un paciente edéntulo total, ¿cuál es la estructura menos afectada?
- A) La dimensión vertical
 - B) El reborde alveolar
 - C) El registro intermaxilar
 - D) La guía anterior
 - E) La articulación temporomandibular (ATM) *

Referencia bibliográfica: Llema JM. Prótesis completa. Madrid: Editorial Labor S. A.; 1988.

32. En un edéntulo total, ¿cuál es el objetivo principal del uso de prótesis total?
- A) Promover una parafunción
 - B) Disminuir la dimensión vertical
 - C) Solucionar una maloclusión
 - D) Restablecer la función masticatoria *
 - E) Desencadenar trabas fonéticas

Referencia bibliográfica: Llema JM. Prótesis completa. Madrid: Editorial Labor S. A.; 1988.

33. En un paciente que utiliza prótesis total, los problemas de irritación y ulceración se presentan, sobre todo, cuando las mucosas son
- A) no flexibles.
 - B) no queratinizadas. *
 - C) paraqueratinizadas.
 - D) ortoqueratinizadas.
 - E) firmes.

Referencia bibliográfica: Llema JM. Prótesis completa. Madrid: Editorial Labor S. A.; 1988.

34. En un paciente candidato para un tratamiento de prótesis total, ¿cuál es un factor favorable?
- A) Poca confianza en el dentista
 - B) Pérdida de hueso alveolar
 - C) Buena coordinación neuromuscular *
 - D) Experiencia de tratamiento negativo
 - E) Alto nivel de ansiedad

Referencia bibliográfica: Llema JM. Prótesis completa. Madrid: Editorial Labor S. A.; 1988.

35. En un paciente candidato a prótesis total, la condición óptima del maxilar superior para obtener los mejores resultados terapéuticos es
- A) una tuberosidad bien definida sin tejido fibroso móvil o pendular. *
 - B) una forma de paladar plano con existencia de torus.
 - C) un fondo de surco vestibular no definido.
 - D) una inserción muscular alta a nivel vestibular.
 - E) un reborde alveolar superior eritematoso.

Referencia bibliográfica: Llema JM. Prótesis completa. Madrid: Editorial Labor S. A.; 1988.

36. Es una característica de los equipos radiológicos digitales.
- A) Posibilidad de editar la imagen *
 - B) Demora en el procesamiento de la imagen
 - C) Mayor radiación ionizante
 - D) Existe una alta contaminación
 - E) Bajo costo

Referencia bibliográfica: Hinostroza Haro G. Caries Dental. Principios y procedimientos para el diagnóstico. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2007.

37. En la preparación dentaria de una pieza posterior en prótesis fija, ¿cuál es el primer procedimiento que se tiene que realizar para el desgaste?
- A) Desgaste de toda la cara oclusal
 - B) Profundización de surcos en caras libres
 - C) Desgaste de las caras proximales
 - D) Profundización de los surcos oclusales *
 - E) Desgaste de todas las caras libres

Referencia bibliográfica: Loza D, et al. Manual de Procedimientos Clínicos. Prótesis fija. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1998.

38. En el diseño de una prótesis parcial removible, las retenciones para el acrílico se realizan en el modelo de estudio con un lápiz color
- A) marrón. B) rojo. C) verde. D) amarillo. E) azul. *

Referencia bibliográfica: Loza D, Valverde R. Prótesis parcial removible. 1ra Ed. Madrid: Edición Médica Ripano S.A.; 2006.

39. Según la clasificación de Kennedy, un paciente desdentado con ausencia de piezas dentarias en las áreas bilaterales posteriores (extremo libre bilateral) pertenece a la clase

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

Referencia bibliográfica: Loza D, Valverde R. Prótesis parcial removible. 1ra Ed. Madrid: Edición Médica Ripano S.A.; 2006.

40. Según la clasificación de Kennedy, un paciente desdentado con ausencia de piezas dentarias en el área edéntula unilateral posterior (extremo libre unilateral) corresponde a la clase

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

Referencia bibliográfica: Loza D, Valverde R. Prótesis parcial removible. 1ra Ed. Madrid: Edición Médica Ripano S.A.; 2006.

41. En la preparación dentaria para prótesis fija, el tallado de la pieza dentaria a nivel de la cara oclusal para formar los surcos de profundización oclusales se realiza con una fresa

- A) llana. B) fisura. C) redonda. * D) cilíndrica. E) cono invertido.

Referencia bibliográfica: Loza D, et al. Manual de Procedimientos Clínicos. Prótesis fija. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1998.

42. En una corona provisional confeccionada con la técnica directa, ¿cuál es la alternativa correcta?

- A) Mayor costo de laboratorio
B) Confección con acrílico autocurado *
C) Mayor tiempo de duración en la boca
D) Confección con acrílico termocurado
E) Mantiene su color conforme pasa el tiempo

Referencia bibliográfica: Loza D, et al. Manual de Procedimientos Clínicos. Prótesis fija. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1998.

43. Para la confección de una corona provisional, existe una técnica indirecta que se elabora previamente en el laboratorio dental. ¿Qué tipo de acrílico se utiliza?

- A) Fotopolimerizable
B) Totalmente autopolimerizable
C) Semipolimerizable
D) Termopolimerizable *
E) Autopolimerizable

Referencia bibliográfica: Loza D, et al. Manual de Procedimientos Clínicos. Prótesis fija. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1998.

44. El *over jet* es el sobrepase

- A) horizontal de los dientes anteriores. *
B) vertical de los dientes anteriores.
C) horizontal de los dientes posteriores.
D) vertical de los dientes deciduos.
E) vertical de los dientes posteriores.

Referencia bibliográfica: Loza D, Valverde R. Prótesis parcial removible. Procedimientos clínicos y de laboratorio. Lima: Savia Editorial SRL; 2012.

45. Respecto a las características del modelo de trabajo de la impresión definitiva, es correcto afirmar que
- A) no se distingue claramente el margen cervical de la preparación.
 - B) presenta burbujas o alteraciones en el modelo definitivo.
 - C) presenta perlas de yeso.
 - D) no copia la línea de terminación.
 - E) reproduce fielmente las estructuras anatómicas. *

Referencia bibliográfica: Loza D, Valverde R. Prótesis parcial removible. Procedimientos clínicos y de laboratorio. Lima: Savia Editorial SRL; 2012.

46. En una adecuada prueba de metal para una prótesis parcial fija, se espera que
- A) no asiente sobre las piezas preparadas.
 - B) existan perforaciones en el colado.
 - C) el colado no cubra todo el diente preparado.
 - D) el colado selle la línea de terminación de la preparación dentaria. *
 - E) el contacto oclusal desocluya a los dientes adyacentes.

Referencia bibliográfica: Loza D, et al. Manual de Procedimientos Clínicos. Prótesis fija. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1998.

47. Una característica de la cementación temporal de una corona metal cerámica definitiva es que
- A) daña la corona al retirarla con dificultad.
 - B) permite evaluar la adaptabilidad del paciente. *
 - C) retira la restauración con dificultad.
 - D) impide controlar la oclusión.
 - E) pigmenta el muñón dentario.

Referencia bibliográfica: Loza D, et al. Manual de Procedimientos Clínicos. Prótesis fija. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1998.

48. ¿Cuál es el cuidado para una correcta cementación definitiva de una corona metal cerámica?
- A) Dejar los restos de la cementación provisional
 - B) Dejar humedecida la preparación
 - C) Limpiar la superficie interna de la corona *
 - D) No utilizar hilo dental
 - E) Posicionar las prótesis incorrectamente

Referencia bibliográfica: Loza D, et al. Manual de Procedimientos Clínicos. Prótesis fija. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1998.

49. Para que una lesión cariosa sea observable en una radiografía periapical, debe haber una pérdida de minerales mayor al
- A) 40 %. * B) 10 %. C) 20 %. D) 60 %. E) 50 %.

Referencia bibliográfica: Hinojosa Haro G. Caries Dental. Principios y procedimientos para el diagnóstico. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2007.

50. El arco facial se usa para
- A) montar el modelo inferior.
 - B) verificar el eje condilar.
 - C) definir el plano de Frankfort.
 - D) montar el modelo superior. *
 - E) definir el plano de Camper.

Referencia bibliográfica: Loza D, Valverde R. Prótesis parcial removible. Procedimientos clínicos y de laboratorio. Lima: Savia Editorial SRL; 2012.

51. ¿Cuál es la radiografía primordial para el diagnóstico de lesiones cariosas proximales en dientes posteriores?
- A) Oclusal
 - B) Frontal
 - C) Aleta de mordida *
 - D) Lateral de cráneo
 - E) Frontal

Referencia bibliográfica: Hinojosa Haro G. Caries Dental. Principios y procedimientos para el diagnóstico. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2007.

52. Para determinar el riesgo de caries dental, se puede prescindir de evaluar
- A) la higiene bucal.
 - B) los hábitos dietéticos.
 - C) el sexo del paciente. *
 - D) el análisis de saliva.
 - E) la experiencia de caries dental.

Referencia bibliográfica: Hinojosa Haro G. Caries Dental. Principios y procedimientos para el diagnóstico. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2007.

53. ¿Cuál es la ventaja de un retenedor tipo Acker en una prótesis parcial removible (PPR) de clase III de Kennedy?
- A) Mal soporte y estabilidad de la prótesis parcial removible
 - B) Dificultad al momento de confeccionar dicho retenedor
 - C) Diseño complicado de realizar
 - D) Menos posibilidad de retener alimentos que otros retenedores *
 - E) Requiere mayor metal que otros retenedores para su confección

Referencia bibliográfica: Loza D, Valverde R. Prótesis parcial removible. 1ra Ed. Madrid: Edición Médica Ripano S.A.; 2006.

54. La placa de contacto proximal de una prótesis parcial removible (PPR) se ubica en la cara _____ del pilar.
- A) distal *
 - B) mesial
 - C) vestibular
 - D) oclusal
 - E) palatina

Referencia bibliográfica: Loza D, Valverde R. Prótesis parcial removible. 1ra Ed. Madrid: Edición Médica Ripano S.A.; 2006.

55. En un paciente edéntulo total con un buen reborde alveolar y aceptable dominio neuromuscular, ¿qué tipo de diente se debe utilizar para la confección de una prótesis total?
- A) Semianatómico
 - B) Poliplano *
 - C) Monoplano anatómico
 - D) Poliplano no anatómico
 - E) Monoplano

Referencia bibliográfica: Howat AP, Capp NJ, Barrett NVJ. Oclusión y maloclusión. Madrid: Editorial Mosby Year Book; 1992.

56. ¿Cómo se denomina el muñón desmontable donde el técnico dental elabora una corona metal cerámica para conseguir el sellado adecuado?
- A) Modelo parcial
 - B) Copa de ripol
 - C) Modelo mayor
 - D) Modelo definitivo
 - E) Troquel *

Referencia bibliográfica: Shillingburg H. Fundamentos Esenciales en Prótesis Fija. 3ra Ed. Barcelona: Editorial Quintessence S.L.; 2002.

57. En un articulador semiajustable, el ángulo de Bennett se programa a
- A) 15°. * B) 30°. C) 10°. D) 5°. E) 25°.

Referencia bibliográfica: Loza D, Valverde R. Prótesis parcial removible. Procedimientos clínicos y de laboratorio. Lima: Savia Editorial SRL; 2012.

58. Es una característica de una prótesis parcial removible (PPR).
- A) Base metálica flexible
 - B) Base metálica rígida *
 - C) Retenedores alejados del *fulcrum*
 - D) Desarmonía oclusal con los dientes naturales
 - E) Confeccionada con acrílico autopolimerizable

Referencia bibliográfica: Loza D, Valverde R. Prótesis parcial removible. 1ra Ed. Madrid: Edición Médica Ripano S.A.; 2006.

59. Una impresión definitiva de una prótesis parcial removible (PPR) es aceptada cuando
- A) existen burbujas en la región de los descansos oclusales.
 - B) la papila retromolar está desplazada.
 - C) se ha copiado fielmente las estructuras anatómicas. *
 - D) faltan detalles por un mal manejo del material de impresión.
 - E) se observa el punto de presión en el material de impresión.

Referencia bibliográfica: Loza D, Valverde R. Prótesis parcial removible. Procedimientos clínicos y de laboratorio. Lima: Savia Editorial SRL; 2012.

60. En una prótesis parcial removible (PPR), los apoyos oclusales cumplen la función de
- A) transmitir las fuerzas oclusales a lo largo del eje longitudinal del diente. *
 - B) permitir la intrusión de la prótesis parcial removible.
 - C) actuar como retenedor directo.
 - D) abrir pequeños espacios entre los dientes.
 - E) aumentar el empaquetamiento de alimentos.

Referencia bibliográfica: Loza D, Valverde R. Prótesis parcial removible. 1ra Ed. Madrid: Edición Médica Ripano S.A.; 2006.

ENDODONCIA

61. En la historia clínica, hay una parte que tiene como objetivo registrar todos los síntomas y factores relacionados que refiere el paciente en relación a su dolencia. Esta se conoce como
- A) exploración clínica o física.
 - B) exámenes complementarios.
 - C) diagnóstico y pronóstico.
 - D) plan de tratamiento.
 - E) anamnesis. *

Referencia bibliográfica: Canalda Sahli C, Brau Aguadé E. Endodoncia Técnicas clínicas y bases científicas. Barcelona: Elsevier; 2014.

62. Un paciente refiere tener sensibilidad al frío en las piezas posteriores del segundo cuadrante. Para identificar el diente problema, se realiza una prueba de vitalidad pulpar. Señale la prueba correcta.
- A) De la cavidad
 - B) De la anestesia
 - C) Transiluminación
 - D) Térmica *
 - E) Palpación

Referencia bibliográfica: Canalda Sahli C, Brau Aguadé E. Endodoncia Técnicas clínicas y bases científicas. Barcelona: Elsevier; 2014.

63. Un paciente llega a la consulta con dolor difuso permanente y los cambios térmicos exacerbaban el dolor en la pieza 16. El diagnóstico pulpar sería
- A) hiperemia pulpar.
 - B) pulpitis irreversible asintomática.
 - C) pulpitis irreversible sintomática. *
 - D) periodontitis apical sintomática.
 - E) periodontitis apical asintomática.

Referencia bibliográfica: Canalda Sahli C, Brau Aguadé E. Endodoncia Técnicas clínicas y bases científicas. Barcelona: Elsevier; 2014.

64. La descomposición de la pulpa que cursa con la destrucción del sistema microvascular, linfático, células y de las fibras nerviosas se conoce como
- A) absceso apical.
 - B) quiste apical.
 - C) periodontitis apical.
 - D) necrosis pulpar. *
 - E) pulpitis reversible.

Referencia bibliográfica: Canalda Sahli C, Brau Aguadé E. Endodoncia Técnicas clínicas y bases científicas. Barcelona: Elsevier; 2014.

65. En endodoncia, el control de la infección es primordial y la preparación química del conducto contribuye en diferentes aspectos, por lo cual utilizamos irrigantes cuyo propósito fundamental es la
- A) reparación de los tejidos periodontales.
 - B) limpieza del conducto. *
 - C) analgesia del diente.
 - D) conservación del muñón pulpar.
 - E) regeneración del hueso apical.

Referencia bibliográfica: Soares IJ, Goldberg F. Endodoncia Técnica y Fundamentos. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008.

66. Cuando utilizamos un irrigante de conductos donde queremos priorizar la propiedad de sustantividad, el irrigante de elección sería
- A) el hipoclorito de sodio.
 - B) el suero fisiológico.
 - C) la clorhexidina. *
 - D) el agua oxigenada.
 - E) la solución de calcio.

Referencia bibliográfica: Soares IJ, Goldberg F. Endodoncia Técnica y Fundamentos. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008.

67. La solución irrigante que tiene buena capacidad de limpieza, poder antibacteriano efectivo, neutraliza los productos tóxicos y disuelve el tejido orgánico es el
- A) hipoclorito de sodio. *
 - B) EDTA.
 - C) cloruro de sodio al 9 %.
 - D) dióxido de cloro.
 - E) suero fisiológico.

Referencia bibliográfica: Soares IJ, Goldberg F. Endodoncia Técnica y Fundamentos. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008.

68. La medicación intraconducto se caracteriza por la colocación de un fármaco en el interior de la cavidad pulpar entre las sesiones necesarias para terminar el tratamiento. Un medicamento que tiene la capacidad de disociarse y elevar el pH (alcalino) es el

- A) paramonoclorofenol alcanforado.
- B) formocresol.
- C) hidróxido de calcio. *
- D) tricresol formalina.
- E) formaldehído.

Referencia bibliográfica: Soares IJ, Goldberg F. Endodoncia Técnica y Fundamentos. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008.

69. Las primeras molares superiores, generalmente, presentan tres conductos, pero en algunos casos hay un cuarto conducto que es conocido como

- A) MV1.
- B) MV2. *
- C) DV2.
- D) DV1.
- E) P.

Referencia bibliográfica: Soares IJ, Goldberg F. Endodoncia Técnica y Fundamentos. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008.

70. La técnica manual elegida para la preparación de conductos curvos es

- A) coronoapical.
- B) apicocoronaria. *
- C) combinada.
- D) uso de fresas Gates-Glidden.
- E) fresas endo-Z.

Referencia bibliográfica: Soares IJ, Goldberg F. Endodoncia Técnica y Fundamentos. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008.

71. La distancia entre un punto de referencia y la constricción apical se denomina longitud

- A) total.
- B) radiográfica.
- C) de trabajo. *
- D) real.
- E) de límite.

Referencia bibliográfica: Canalda Sahli C, Brau Aguadé E. Endodoncia Técnicas clínicas y bases científicas. Barcelona: Elsevier; 2014.

72. El conjunto de deformaciones en la zona apical del conducto ocasionadas por una instrumentación defectuosa que se manifiesta como una variación de la anatomía original del conducto, el cual se desplaza de su trayectoria inicial, se conoce como

- A) formación de un escalón.
- B) perforación lateral.
- C) fisura apical.
- D) bloqueo de la zona apical.
- E) transporte apical. *

Referencia bibliográfica: Canalda Sahli C, Brau Aguadé E. Endodoncia Técnicas clínicas y bases científicas. Barcelona: Elsevier; 2014.

73. Para realizar la obturación endodóntica son necesarias ciertas condiciones como la

- A) presencia de dolor espontáneo y exudado.
- B) presencia de ligero exudado y mal olor.
- C) presencia de recidiva cariosa y pigmentaciones oscuras.
- D) ausencia de dolor espontáneo o provocado. *
- E) conformación sin seguir la anatomía del conducto.

Referencia bibliográfica: Soares IJ, Goldberg F. Endodoncia Técnica y Fundamentos. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008.

74. La extrusión de material endodóntico en la región apical es una de las principales etiologías de la persistencia de la patología periapical. Este accidente se conoce como

- A) sobreinstrumentación.
- B) falsa vía.
- C) sobreobtusión. *
- D) perforación de la raíz.
- E) separación de instrumento.

Referencia bibliográfica: Canalda Sahli C, Brau Aguadé E. Endodoncia Técnicas clínicas y bases científicas. Barcelona: Elsevier; 2014.

75. ¿Cuál sería la mejor opción cuando un instrumento endodóntico se separa?

- A) Retirar el instrumento por vía ortógrada *
- B) Retirar el instrumento por vía retrógrada
- C) Realizar la extracción de la pieza dentaria
- D) Realizar cirugía apical
- E) Sobrepasar el instrumento

Referencia bibliográfica: Canalda Sahli C, Brau Aguadé E. Endodoncia Técnicas clínicas y bases científicas. Barcelona: Elsevier; 2014.

RADIOLOGÍA

76. En una radiografía panorámica, entre las raíces de las piezas 34 y 35 ligeramente inclinadas, se observa una imagen radiopaca con densidad dentaria y contornos radiolúcidos nítidos y corticalizados. Esto es compatible con

- A) odontoma. *
- B) queratoquiste.
- C) fibroma odontogénico.
- D) mixoma.
- E) osteosarcoma.

Referencia bibliográfica: Horch HH. Cirugía oral y maxilofacial. Barcelona: Edit. Masson; 1996.

77. ¿Cuál es la radiografía extrabucal que explora las estructuras óseas bucofaciales?

- A) Aleta de mordida
- B) Oclusal
- C) Periapical
- D) Hirtz o mento vertex *
- E) Seriado

Referencia bibliográfica: Gay Escoda C, Berini Aytés L. Cirugía bucal. Barcelona: Edit. Océano/Ergon; 2004.

78. La imagen diagnóstica con sustancia de contraste que se realiza mediante la canulación de los conductos de las glándulas submaxilar y parótida se denomina

- A) uretrografía.
- B) cistografía.
- C) pielografía.
- D) colangiografía.
- E) sialografía. *

Referencia bibliográfica: Kwon PH, Laskin DM. Manual clínico de cirugía oral y maxilofacial. México D.F.: Edit. Amolca; 2003.

79. ¿Cuál es la técnica apropiada que permite visualizar el disco articular, el contenido de la cavidad medular del cóndilo y la movilidad de la articulación temporomandibular (ATM)?

- A) Tomografía computarizada sin contraste
- B) Gammagrafía
- C) Cone beam
- D) Onda T
- E) Resonancia magnética *

Referencia bibliográfica: Kwon PH, Laskin DM. Manual clínico de cirugía oral y maxilofacial. México D.F.: Edit. Amolca; 2003.

80. Respecto a las piezas dentarias, ¿cuál es el objetivo principal del método radiográfico del paralelaje?

- A) Determinar su tamaño
- B) Localizar su posición *
- C) Determinar su volumen
- D) Identificar su desgaste
- E) Clasificar su estadio

Referencia bibliográfica: Gay Escoda C, Berini Aytés L. Cirugía bucal. Barcelona: Edit. Océano/Ergon; 2004.

81. ¿Cuál es la radiografía ideal para el diagnóstico de osteomielitis de Garré donde se observa el patrón de piel de cebolla?

- A) Periapical
- B) Aleta de mordida
- C) Oclusal *
- D) Panorámica
- E) Lateral de cráneo

Referencia bibliográfica: Gay Escoda C, Berini Aytés L. Cirugía bucal. Barcelona: Edit. Océano/Ergon; 2004.

82. La tomografía computarizada en sus cortes axial, coronal y sagital en traumatismos faciales nos permite observar la
- A) perforación del componente discal.
 - B) fractura del hueso cigomático y del piso de seno. *
 - C) ruptura del ligamento de la articulación temporomandibular (ATM).
 - D) lesión del globo ocular.
 - E) lesión del cartílago nasal.

Referencia bibliográfica: Horch HH. Cirugía oral y maxilofacial. Barcelona: Edit. Masson; 1996.

83. Característica radiológica principal de una lesión maligna.
- A) Expansión con contornos óseos corticalizados
 - B) Desplazamiento del diente
 - C) Masa radiopaca de densidad ósea a nivel apical
 - D) Imagen mixta con patrón de rayos de sol *
 - E) Línea radiolúcida postraumática

Referencia bibliográfica: Whaites E. Fundamentos de la radiología dental. Barcelona: Edit. Masson; 2008.

84. ¿Qué técnica por imagen tiene la desventaja de que sus ondas sonoras sean absorbidas por el hueso a nivel de la cabeza y cuello?
- A) Tomografía axial computarizada
 - B) Resonancia magnética
 - C) Periapical
 - D) Panorámica
 - E) Ecografía *

Referencia bibliográfica: Whaites E. Fundamentos de la radiología dental. Barcelona: Edit. Masson; 2008.

85. ¿Cuál es la radiografía que nos permite evaluar el número total de piezas dentarias, tejidos periodontales, cuerpo y rama de mandíbula, senos maxilares y cavidad nasal?
- A) Panorámica *
 - B) Periapical
 - C) Aleta de mordida
 - D) Oclusal
 - E) Lateral de cráneo

Referencia bibliográfica: Whaites E. Fundamentos de la radiología dental. Barcelona: Edit. Masson; 2008.

PERIODONCIA

86. ¿Cuáles son los parámetros que reflejan la salud gingival en el periodonto?
- A) 20 % de localizaciones con sangrado al sondaje y profundidades de sondaje \leq 5 mm
 - B) 30 % de localizaciones con sangrado al sondaje y profundidades de sondaje \leq 3 mm
 - C) Menos de un 15 % de localizaciones con sangrado al sondaje y profundidades de sondaje \leq 5 mm
 - D) Menos de un 10 % de localización con sangrado al sondaje y profundidades de sondaje \leq 3 mm *
 - E) Sangrado al sondaje y profundidad al sondaje \geq 4 mm
- Referencia bibliográfica: Sanz M, Papapanou PN. Periodoncia Clínica. Nueva Clasificación de las Enfermedades Periodontales y Periimplantarias. Sociedad Española de Periodoncia y osteointegración. 2019; 5(15):10-5
87. En el plan de tratamiento de la enfermedad periodontal, el raspaje y alisado radicular corresponde a la fase
- A) III.
 - B) II.
 - C) I. *
 - D) IV.
 - E) V.
- Referencia bibliográfica: Botero JE, Bedoya E. Determinantes del diagnóstico periodontal. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. 2010; 3(2): 94-99.
88. ¿Cuál es un factor predisponente local que puede conducir a un mayor acúmulo de placa?
- A) Restauración desbordante *
 - B) Tabaquismo
 - C) Hiperglucemia en pacientes diabéticos
 - D) Neutropenia
 - E) Fármaco modulador del sistema inmunológico
- Referencia bibliográfica: Sanz M, Papapanou PN. Periodoncia Clínica. Nueva Clasificación de las Enfermedades Periodontales y Periimplantarias. Sociedad Española de Periodoncia y osteointegración. 2019; 5(15):10-5
89. El periodonto constituye el conjunto de los tejidos de soporte del diente. El periodonto de protección está conformado por
- A) ligamento periodontal.
 - B) encía. *
 - C) cemento radicular.
 - D) lámina dura.
 - E) hueso alveolar.
- Referencia bibliográfica: Bascones Martínez A. Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Madrid: Avances Médico-Dentales. S.L.; 2010.
90. En el periodontograma, la ausencia de una pieza se registra mediante el sombreado de color
- A) amarillo.
 - B) rojo.
 - C) azul.
 - D) verde.
 - E) negro. *



Referencia bibliográfica: Botero JE, Bedoya E. Determinantes del diagnóstico periodontal. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. 2010; 3(2): 94-9.

91. La estructura histológica del periodonto de protección, específicamente de la encía adherida, está fuertemente unida mediante el periostio al hueso alveolar. Su anchura puede variar y el valor mínimo que debe tener para la salud periodontal es
- A) 5 mm. B) 3 mm. C) 1 mm. * D) 6 mm. E) 4 mm.

Referencia bibliográfica: Bascones Martínez A. Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Madrid: Avances Médico-Dentales. S.L.; 2010.

92. Se caracteriza por antecedentes de dolor, presencia de ulceraciones en el margen gingival y/o depósito de fibrina y papilas gingivales decapitadas. El diagnóstico sería
- A) gingivitis descamativa.
B) periodontitis como manifestación directa de una enfermedad sistémica.
C) periodontitis crónica.
D) periodontitis necrotizante. *
E) periodontitis aguda.

Referencia bibliográfica: Sanz M, Papapanou PN. Periodoncia Clínica. Nueva Clasificación de las Enfermedades Periodontales y Periimplantarias. Sociedad Española de Periodoncia y osteointegración. 2019; 5(15):18-24

93. En la nueva clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias, la periodontitis es caracterizada por estadios y grados. Los estadios son
- A) cuatro. * B) tres. C) cinco. D) dos. E) uno.

Referencia bibliográfica: Sanz M, Papapanou PN. Periodoncia Clínica. Nueva Clasificación de las Enfermedades Periodontales y Periimplantarias. Sociedad Española de Periodoncia y osteointegración. 2019; 5(15):18-24

94. En el examen clínico, un movimiento dentario horizontal de más de 1 mm corresponde al grado
- A) 5. B) 1. C) 3. D) 4. E) 2. *

Referencia bibliográfica: Botero JE, Bedoya E. Determinantes del diagnóstico periodontal. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. 2010; 3(2): 94-9.

95. El tratamiento quirúrgico periodontal está contraindicado en el paciente
- A) adulto mayor con biofilm controlado.
B) con diabetes controlada.
C) trasplantado o inmunodeprimido. *
D) con disfunción temporomandibular.
E) con hipertensión controlada.

Referencia bibliográfica: Matos Cruz R. Vasares Martínez A. Tratamiento periodontal quirúrgico: Revisión. Conceptos, Consideraciones, Procedimientos, Técnicas. Avances en Periodoncia e Implantología vial. 2011; 33(3).

96. El espacio biológico periodontal puede ser invadido en algunos procedimientos odontológicos y esto puede ocurrir en la
- A) toma de radiografías periapicales.
 - B) colocación del hilo retractor. *
 - C) fluorización tópica.
 - D) aplicación de sellantes.
 - E) fisioterapia dental.

Referencia bibliográfica: Bascones Martínez A. Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Madrid: Avances Médico-Dentales. S.L.; 2010.

97. Un recurso para el control de la placa y la enfermedad periodontal es el uso de antisépticos como agentes antiplaca. Una de sus propiedades ideales es
- A) eliminar solo las bacterias patógenas. *
 - B) facilitar el desarrollo de bacterias resistentes.
 - C) pigmentar los dientes.
 - D) alterar el sentido del gusto.
 - E) desarrollar efectos adversos sobre los dientes.

Referencia bibliográfica: Bascones Martínez A. Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Madrid: Avances Médico-Dentales. S.L.; 2010.

98. Un objetivo básico de la cirugía periodontal es
- A) aumentar la profundidad de la bolsa.
 - B) conservar los tejidos blandos y duros para obtener una topografía irregular.
 - C) detener la regeneración de tejidos periodontales.
 - D) aumentar el acceso a la superficie radicular para eliminar los factores irritantes. *
 - E) impedir la nueva inserción periodontal.

Referencia bibliográfica: Bascones Martínez A. Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Madrid: Avances Médico-Dentales. S.L.; 2010.

99. El índice periodontal comunitario modificado utiliza los siguientes indicadores para valorar el estado periodontal.
- A) Cálculo y bolsa periodontal
 - B) Bolsa periodontal y placa dental
 - C) Placa dental y hemorragia gingival
 - D) Cálculo y hemorragia gingival
 - E) Hemorragia gingival y bolsa periodontal *

Referencia bibliográfica: World Health Organization. Oral Health Surveys. Basic Methods. 5ta ed. Geneve: WHO; 2013.

100. En la nueva clasificación de la enfermedad periodontal donde se enfatiza las características biológicas de la enfermedad, su tasa de progresión y su probable respuesta a la terapia se conoce como

- A) estadio.
- B) grado. *
- C) gravedad.
- D) complejidad.
- E) extensión.

Referencia bibliográfica: Sanz M, Papapanou PN. Periodoncia Clínica. Nueva Clasificación de las Enfermedades Periodontales y Periimplantarias. Sociedad Española de Periodoncia y osteointegración. 2019; 5(15):18-24.