

# Examen Nacional de Odontología

## ENAO 2023

**PRUEBA 2  
SOLUCIONARIO**



Domingo 19 de marzo de 2023





12. La principal característica de la silicona de adición es su estabilidad dimensional. El vaciado se puede realizar hasta \_\_\_\_\_ horas después de la toma de impresión.

- A) 48 \*                                      B) 12                                      C) 6  
D) 24    E) 10

Referencia bibliográfica:

Pegoraro LF. Prótesis fija. Sao Paulo: Artes médicas; 2001.

13. ¿Cuál es la característica ideal en la confección del troquel en prótesis fija?

- A) Márgenes recortados  
B) Pin en posición diagonal con el eje del pilar  
C) Presencia de perlas en el modelo de trabajo  
D) Modelo definitivo en yeso tipo II  
E) Fidelidad de la línea de terminación \*

Referencia bibliográfica:

Pegoraro LF. Prótesis fija. Sao Paulo: Artes médicas; 2001.

14. ¿Cuál es el objetivo de realizar la cementación provisional de una corona definitiva?

- A) Evaluar los tejidos periodontales \*  
B) Evaluar el contacto proximal  
C) Evaluar el grosor de la cofia  
D) Verificar el color seleccionado  
E) Verificar la dimensión vestibulo-lingual de la corona

Referencia bibliográfica:

Pegoraro LF. Prótesis fija. Sao Paulo: Artes médicas; 2001.

15. Cuando se indica la colocación de un espigo en una pieza tratada endodónticamente, como regla general, la extensión óptima debe abarcar \_\_\_\_\_ de la longitud del remanente dental.

- A) 1/4    B) 2/3 \*                                      C) 1/8  
D) 1/3    E) 1/5

Referencia bibliográfica:

Pegoraro LF. Prótesis fija. Sao Paulo. Artes médicas; 2001.

16. En una pieza tratada endodónticamente, se realiza la desobturación para la colocación de un espigo. La cantidad mínima de material obturador que debe ser dejado en la región apical es

- A) 7 mm.                                      B) 6 mm.                                      C) 1 mm.  
D) 2 mm.                                      E) 4 mm. \*

Referencia bibliográfica:

Pegoraro LF. Prótesis fija. Sao Paulo: Artes médicas; 2001.

17. Para la colocación de un espigo prefabricado en un diente tratado endodónticamente, el diámetro óptimo que debe presentar es hasta \_\_\_\_\_ del diámetro total de la raíz.

- A) 2/5    B) 1/3 \*                                      C) 3/4  
D) 1/4    E) 1/5

Referencia bibliográfica:

Pegoraro LF. Prótesis fija. Sao Paulo: Artes médicas; 2001.





29. ¿Cuál es la indicación para repetir el colado de una prótesis parcial fija?

- A) Asentamiento correcto sobre las piezas preparadas
- B) Sellado adecuado de la línea de terminación
- C) Cobertura total del colado sobre el diente preparado
- D) Cambio de color en la porcelana
- E) Perforación en el colado \*

Referencia bibliográfica:

Loza D, Kobayashi A. Prótesis Fija. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1989.

30. Indique el factor que favorece el proceso de remineralización del esmalte.

- A) Restauraciones defectuosas
- B) Exposición a fluoruros \*
- C) Presencia de placa bacteriana
- D) Concentración de microorganismos
- E) Frecuencia de consumo de carbohidratos

Referencia bibliográfica:

Pérez A. Quenta E. Cabrera A. Cárdenas D. Lazo R. Lagravère M. Caries dental en dientes deciduos y permanentes jóvenes. Diagnóstico y tratamiento. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2004.

### RADIOLOGÍA

31. En una radiografía panorámica, se aprecia una imagen radiopaca en zona de pieza 46, con densidad dentaria, como una masa irregular de tejido calcificado, de bordes bien definidos, con un halo radiolúcido. Dicha imagen se suele asociar a impactación y mal posición dentaria. Señale la alternativa que describe la lesión presentada.

- A) Odontoma compuesto
- B) Exostosis mandibular
- C) Tumor odontogénico adenomatoide
- D) Odontoma complejo \*
- E) Osteítis condensante

Referencia bibliográfica:

White S, Pharoah M. Radiología Oral. Principios e Interpretación. 4ta Ed. Madrid: Harcourt; 2013.

32. ¿Cuál es la técnica radiográfica específica para evaluar senos maxilares?

- A) Anteroposterior
- B) Inversa de Towne
- C) Submentovértex
- D) Waters \*
- E) Transcraneal

Referencia bibliográfica:

White S, Pharoah M. Radiología Oral. Principios e Interpretación. 4ta Ed. Madrid: Harcourt; 2013.

33. La sialografía está indicada en la evaluación diagnóstica de las patologías que comprometen las glándulas

- A) submandibular, parótida y palatales.
- B) submandibular, parótida y Stenon.
- C) submandibular, parótida y sublinguales. \*
- D) salivales palatales, parótida y sublinguales.
- E) salivales menores, Rivinus y sublinguales.

Referencia bibliográfica:

White S, Pharoah M. Radiología Oral. Principios e Interpretación. 4ta Ed. Madrid: Harcourt; 2013.





39. La \_\_\_\_\_ está indicada cuando se requiere más información de la forma tridimensional y de los componentes óseos de la articulación temporomandibular; y los tejidos blandos se visualizan en la \_\_\_\_\_.

- A) tomografía – resonancia magnética \*
- B) resonancia magnética – tomografía
- C) tomografía – tomografía
- D) ecografía – resonancia magnética
- E) sonografía – tomografía

Referencia bibliográfica:

White S, Pharoah M. Radiología Oral. Principios e Interpretación. 4ta Ed. Madrid: Harcourt; 2013.

40. En la evaluación del hueso residual, en la enfermedad periodontal, la radiografía intraoral permite ver la pérdida ósea \_\_\_\_\_ y el defecto óseo \_\_\_\_\_.

- A) horizontal - vertical \*
- B) vertical - oblicua
- C) mixta - vertical
- D) leve - severo
- E) localizada - generalizado

Referencia bibliográfica:

White S, Pharoah M. Radiología Oral. Principios e Interpretación. 4ta Ed. Madrid: Harcourt; 2013.

### ENDODONCIA

41. La parte de la historia clínica donde se define la entidad nosológica y se utiliza el código CIE para su estandarización es

- A) la anamnesis.
- B) el diagnóstico y pronóstico. \*
- C) la exploración clínica o física.
- D) los exámenes complementarios.
- E) el plan de tratamiento.

Referencia bibliográfica:

C. CANALDA S., E. BRAU A. *Endodoncia técnicas clínicas y bases científicas* 4° ed Elsevier España. 2019.

42. ¿Cuál sería el examen imagenológico ideal para un diente que presenta dolor a la percusión o la prueba de mordida y se necesita descartar alguna fisura a nivel radicular?

- A) Tomografía helicoidal
- B) Aleta de mordida (*bite wing*)
- C) Periapical
- D) Panorámica
- E) Cone-Beam de campo reducido \*

Referencia bibliográfica:

K.M. HARGREAVES, S. COHEN, L.H. BERMAN *Vías de la Pulpa* 10° ed Elsevier España. 2011.

43. Si el paciente es incapaz de determinar la arcada de donde proviene el dolor, entonces se procede con una anestesia selectiva por arcadas. ¿Qué técnica complementaria se usaría por pieza dentaria para su identificación?

- A) Tópica
- B) Pulpar
- C) Intraligamentosa \*
- D) Troncular
- E) Infiltrativa

Referencia bibliográfica:

K.M. HARGREAVES, S. COHEN, L.H. BERMAN *Vías de la Pulpa* 10° ed Elsevier España. 2011.





55. ¿Qué tipo de preparación apical disminuye el riesgo de una extravasación de materiales de obturación?

- A) Asiento apical
- B) Ápice abierto
- C) Obliteración apical
- D) Tope apical \*
- E) Reabsorción apical

Referencia bibliográfica:

Soares I.J. Golberg F. *Endodoncia técnicas y fundamentos* 1° ed. Buenos aires. Médica Panamericana 2008.

### PERIODONCIA

56. ¿Cuál es el tejido de protección del periodonto que mantiene la integridad de la superficie de la mucosa masticatoria?

- A) Ligamento periodontal
- B) Cemento radicular
- C) Encía \*
- D) Hueso alveolar propiamente dicho
- E) Unión mucogingival

Referencia bibliográfica:

N.P. LANG, J. LINDHE *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica* 6° ed. 2015.

57. En la encía, el ancho biológico está conformado por

- A) surco gingival e inserción del tejido conjuntivo.
- B) unión cemento esmalte y adherencia epitelial.
- C) surco gingival y unión cemento esmalte.
- D) adherencia epitelial e inserción del tejido conectivo. \*
- E) adherencia epitelial y surco gingival.

Referencia bibliográfica:

N.P. LANG, J. LINDHE *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica* 6° ed. 2015.

58. El signo más representativo de la gingivitis inducida por placa es

- A) la aparición de papilas romas.
- B) la presencia de placa.
- C) el sangrado al sondaje. \*
- D) el enrojecimiento.
- E) la pérdida de inserción.

Referencia bibliográfica:

D. HERRERA, E. FIGUERO, L. SHAPIRA, L. JIN, M SANZ La Nueva Clasificación de las Enfermedades Periodontales y Periimplantarias. Revista científica de la Sociedad Española de Periodoncia Año IV N° 11 2018.

59. En el periodontograma, la ausencia de una pieza dentaria se registra con

- A) un aspa color rojo.
- B) delineado color negro.
- C) sombreado color rojo.
- D) delineado color rojo.
- E) sombreado color negro. \*

Referencia bibliográfica:

Ficha Periodontal. Facultad de Odontología UNMSM. 2000

60. Para una rehabilitación coronaria, el mínimo de encía queratinizada es de

- A) 1 mm. \*                      B) 3 mm.                      C) 2 mm.  
D) 4 mm.                      E) 5 mm.

Referencia bibliográfica:

N.P. LANG, J. LINDHE Periodontología Clínica e Implantología Odontológica 6° ed. 2015.

61. Los estadios de la gravedad de periodontitis, según su última clasificación, deben determinarse usando el nivel de inserción clínica (NIC) y, de no estar disponible, se utilizará la pérdida ósea radiográfica. En el estadio II, la pérdida ósea es de

- A)  $\geq 5$  mm.                      B) 1 - 2 mm.                      C) 3 - 4 mm. \*  
D) 6 - 7 mm.                      E)  $\leq 1$  mm.

Referencia bibliográfica:

D. HERRERA, E. FIGUERO, L. SHAPIRA, L. JIN, M SANZ La Nueva Clasificación de las Enfermedades Periodontales y Periimplantarias. Revista científica de la Sociedad Española de Periodoncia Año IV N° 11 2018.

62. Los factores de complejidad en la periodontitis pueden cambiar el estadio. En relación a la profundidad de sondaje, el estadio III considera valores

- A)  $\geq 6$  mm. \*                      B)  $\leq 5$  mm.                      C)  $\leq 4$  mm.  
D)  $> 3$  mm.                      E) 1 - 2 mm.

Referencia bibliográfica:

D. HERRERA, E. FIGUERO, L. SHAPIRA, L. JIN, M SANZ La Nueva Clasificación de las Enfermedades Periodontales y Periimplantarias. Revista científica de la Sociedad Española de Periodoncia Año IV N° 11 2018.

63. La nueva definición de periodontitis considera que debería presentar

- A) pérdida de inserción clínica dentaria en un diente.  
B) pérdida de inserción clínica interdientaria en dos o más dientes no adyacentes. \*  
C) pérdida de inserción clínica vestibular  $\geq 2$  mm sin presencia de bolsas.  
D) pérdida de inserción clínica vestibular  $\geq 3$  mm con bolsas en un diente.  
E) recesión gingival por razones traumáticas.

Referencia bibliográfica:

D. HERRERA, E. FIGUERO, L. SHAPIRA, L. JIN, M SANZ La Nueva Clasificación de las Enfermedades Periodontales y Periimplantarias. Revista científica de la Sociedad Española de Periodoncia Año IV N° 11 2018.

64. En el periodontograma, ¿a partir de qué valor se considera bolsa periodontal según el nivel de inserción clínica (NIC)?

- A) 2 mm                      B) 4 mm \*                      C) 1 mm  
D) 5 mm                      E) 3 mm

Referencia bibliográfica:

Ficha Periodontal. Facultad de Odontología UNMSM. 2000





75. ¿Cuál es el principal motivo por el cual el examen táctil con explorador, en la actualidad, se considera un método inapropiado para el diagnóstico de caries dental?

- A) Tiene muy baja sensibilidad
- B) Tiene muy baja especificidad
- C) Daño irreversible de la integridad del esmalte \*
- D) No mejora la precisión del diagnóstico
- E) Genera resultados falsos positivos

Referencia bibliográfica:

Pérez A. et al. Caries dental en dientes deciduos y permanentes jóvenes, Diagnóstico y tratamiento conservador. Edit: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Primera edición. Lima: 2004.

76. El grupo etáreo con mayor riesgo de adquirir fluorosis dental por ingesta (excepto para terceras molares) es

- A) 0 a 6 años. \*
- B) 7 a 8 años.
- C) 9 a 10 años.
- D) 10 a 15 años.
- E) Mayores de 15 años.

Referencia Bibliográfica:

Fejerskov O, Baelum V, Manji F, Moller IJ. Dental Fluorosis, Handbook for dental workers. Edit.Munkgard; Aarhus,DMK. 2001.

77. ¿Cuál es la principal característica clínica visual para determinar si una lesión inicial (incipiente) de caries dental es activa?

- A) Rugosidad
- B) Pigmentación
- C) Retención
- D) Opacidad \*
- E) Cavitación

Referencia bibliográfica:

Nyvad N, Marchiulskiene V, Baelum V. Reliability of a new caries diagnostic system differentiating between active and inactive caries lesions. Caries Res, 1999.

78. ¿Por qué la velocidad de progresión de las lesiones de caries en esmalte es mayor en dentición decidua?

- A) Es más delgado y menos mineralizado. \*
- B) Presenta múltiples defectos estructurales.
- C) Presenta túbulos más amplios que en dentición permanente.
- D) La fuerza de oclusión por área es mayor.
- E) El pH del biofilm es más alcalino.

Referencia bibliográfica:

Mortimer K. The relationship of enamel deciduous enamel structure to dental disease. Caries Res. 1970.

79. ¿Cuál es la característica clínica de una lesión inicial de caries dental proximal que determina si el tratamiento será su restauración o remineralización?

- A) Ubicación de la mancha blanca
- B) Pigmentación de la superficie
- C) Extensión de la mancha blanca
- D) Extensión de la pigmentación
- E) Integridad estructural de la superficie \*

Referencia bibliográfica:

Pérez A. et al. Caries dental en dientes deciduos y permanentes jóvenes, Diagnóstico y tratamiento conservador. Edit: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Primera edición. Lima: 2004.



80. En dentición decidua, indique la principal característica clínica de la pulpitis irreversible.

- A) Dolor al estímulo
- B) Dolor espontáneo \*
- C) Sin dolor
- D) Presencia de absceso
- E) Movilidad dental

Referencia bibliográfica:

Castillo R. et al, Estomatología pediátrica, Ed. Ripano, Madrid 2011.

81. El diagnóstico confirmatorio del estado pulpar en dentición decidua se realiza mediante la valoración directa al momento de la exposición del tejido pulpar. Señale qué característica es indicadora de pulpitis irreversible y qué tratamiento correspondería ejecutar.

- A) Sangrado rojo persistente y realizar pulpotomía
- B) Sangrado rojo persistente y realizar pulpectomía \*
- C) Sangrado rojo con hemostasia menor de 5 minutos y realizar tratamiento pulpar directo
- D) Sangrado púrpura persistente y realizar tratamiento pulpar directo
- E) Sangrado púrpura con hemostasia en 15 minutos y realizar pulpotomía

Referencia bibliográfica:

Castillo R. et al, Estomatología pediátrica, Ed. Ripano, Madrid 2011.

82. En dentición decidua, ¿cuál es el tratamiento ideal para una pulpitis reversible?

- A) Extracción y mantenedor de espacio
- B) Pulpectomía
- C) Recubrimiento pulpar directo
- D) Ajuste oclusal
- E) Tratamiento pulpar indirecto (TPI) \*

Referencia bibliográfica:

Castillo R. et al, Estomatología pediátrica, Ed. Ripano, Madrid 2011.

83. ¿Cuál es el término que define mejor el concepto actual de caries dental?

- A) Multicultural
- B) Contagiosa
- C) Infecciosa
- D) Disfuncional
- E) Disbiosis \*

Referencia bibliográfica:

Featherstone JD. Caries prevention and reversal based on the caries balance. *Pediatr Dent.* 2006; 28(2):128–32. discussion 92-8. [PubMed: 16708787]

84. Usted está examinando una paciente de 7 años de edad. En el examen clínico, presenta fosas y fisuras profundas pigmentadas; en el examen radiográfico *bite wing*, presenta una imagen radiolúcida proximal R2 en distal de la pieza 64. Según la clasificación de Pitts, es compatible con lesión de caries dental. ¿Cuál es su decisión para continuar con el tratamiento de la paciente?

- A) Realizar de inmediato el tratamiento restaurador con resina compuesta
- B) Realizar de inmediato el tratamiento con fluoruros para remineralizar la lesión de caries
- C) Tomar otra radiografía intraoral para confirmar el diagnóstico
- D) Realizar la separación dental temporal entre 64 y 65 para confirmar el diagnóstico \*
- E) Realiza de inmediato el tratamiento restaurador con ionómero

Referencia bibliográfica:

Pérez A. et al. Caries dental en dientes deciduos y permanentes jóvenes, Diagnóstico y tratamiento conservador. Edit: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Primera edición. Lima: 2004.

85. Un paciente llega a la consulta con historia de dolor espontáneo que se agudiza por las noches en el tercer cuadrante, al examen clínico presenta caries dental en piezas 73, con amplia destrucción y dolor al contacto digital. ¿Cuál es su impresión diagnóstica y tratamiento?
- A) Pulpitis irreversible / pulpotomía
  - B) Pulpitis aguda / tratamiento pulpar directo
  - C) Pulpitis crónica / tratamiento pulpar indirecto
  - D) Pulpitis irreversible / pulpectomía \*
  - E) Necrosis pulpar / pulpectomía

Referencia bibliográfica:

Castillo R. et al, Estomatología pediátrica, Ed. Ripano, Madrid 2011.

### ORTODONCIA

86. Hay dos tipos de arco en dentición decidua según Baume: Tipo I \_\_\_\_\_ y Tipo II \_\_\_\_\_.
- A) apiñado / alineado
  - B) con espacios primates / sin espacios primates
  - C) alineado / espaciado
  - D) apiñado / espaciado
  - E) espaciado / cerrado \*

Referencia bibliográfica:

Graber TM, Vanarsdall RL. Ortodoncia, Principios generales y técnicas. Edit. Panamericana. Madrid- España. 1997.

87. En dentición decidua, Baume describió al “espaciamiento primario” como el \_\_\_\_\_.
- A) alineamiento fisiológico en un arco tipo II
  - B) espacio primate en un arco tipo I
  - C) espaciamiento fisiológico en un arco tipo I \*
  - D) espaciamiento fisiológico en mesial de caninos inferiores
  - E) apiñamiento fisiológico en un arco tipo II

Referencia bibliográfica:

Graber TM, Vanarsdall RL. Ortodoncia, Principios generales y técnicas. Edit. Panamericana. Madrid- España. 1997.

88. La diferencia entre la dimensión mesiodistal de molares y caninos deciduos respecto a los premolares y caninos permanentes (sucedáneos) en un mismo individuo corresponde a la definición de
- A) espacio libre de Nance. \*
  - B) espacio primate.
  - C) espacio de Leighton.
  - D) espacio “D”.
  - E) espaciamiento fisiológico.

Referencia bibliográfica:

Graber TM, Vanarsdall RL. Ortodoncia, Principios generales y técnicas. Edit. Panamericana. Madrid-España. 1997.

**89.** ¿Qué pieza dentaria genera el primer levantamiento de mordida?

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| A) Primer molar permanente    | B) Primer molar deciduo *   |
| C) Segundo molar deciduo      | D) Segundo molar permanente |
| E) Primer premolar permanente |                             |

Referencia bibliográfica:

Moyers R. Manual de Ortodoncia. Editorial Panamericana, Michigan; 1992.

**90.** ¿Qué pieza dentaria genera el segundo levantamiento de mordida?

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| A) Primer premolar permanente | B) Primer molar deciduo     |
| C) Segundo molar deciduo      | D) Segundo molar permanente |
| E) Primer molar permanente *  |                             |

Referencia bibliográfica:

Moyers R. Manual de Ortodoncia. Editorial Panamericana, Michigan; 1992.

**91.** Indique qué pieza dentaria produce el cierre del espacio primate inferior.

- |                      |                            |
|----------------------|----------------------------|
| A) Incisivo central  | B) Incisivo lateral *      |
| C) Canino permanente | D) Primer molar permanente |
| E) Primer premolar   |                            |

Referencia bibliográfica:

Graber TM, Vanarsdall RL. Ortodoncia, Principios generales y técnicas. Edit. Panamericana. Madrid-España. 1997.

**92.** La erupción de los incisivos laterales inferiores genera el mayor crecimiento transversal de los arcos en dentición mixta. Este evento se evidencia clínicamente como

- A) el cierre del espacio primate superior.
- B) el incremento del ancho bimolar.
- C) el incremento del ancho intercanino. \*
- D) la resolución completa del apiñamiento.
- E) la reducción del riesgo incisivo.

Referencia bibliográfica:

Graber TM, Vanarsdall RL. Ortodoncia, Principios generales y técnicas. Edit. Panamericana. Madrid-España. 1997.

**93.** La primera molar inferior permanente erupciona en sentido mesial y lingual, lo cual genera el cierre del espacio primate en distal del canino deciduo. Este movimiento también es conocido como

- A) movimiento de inercia molar.
- B) movimiento de inclinación molar.
- C) migración mesial temprana. \*
- D) migración espontánea dentaria.
- E) migración distal tardía.

Referencia bibliográfica:

Graber TM, Vanarsdall RL. Ortodoncia, Principios generales y técnicas. Edit. Panamericana. Madrid-España. 1997.

94. Aproximadamente a los 11 años de edad, se exfolia la segunda molar decidua, y los primeros molares inferiores permanentes migran en sentido mesial al espacio de deriva. Este movimiento también es conocido como

- A) movimiento mesial temprano.
- B) movimiento mesial tardío. \*
- C) movimiento mesial en masa.
- D) movimiento producto de la inclinación mesial de caninos.
- E) movimiento mesial espontáneo de caninos.

Referencia bibliográfica:

Graber TM, Vanarsdall RL. Ortodoncia, Principios generales y técnicas. Edit. Panamericana. Madrid-España. 1997.

95. Identifique las fibras responsables de la recidiva de rotaciones en ortodoncia.

- A) Transversales
- B) Oblicuas
- C) Transeptales \*
- D) Circunferenciales
- E) Mixtas

Referencia bibliográfica:

Graber TM, Vanarsdall RL. Ortodoncia, Principios generales y técnicas. Edit. Panamericana. Madrid-España. 1997.

96. Indique cuál de las alternativas corresponden al mismo concepto.

- A) *Leeway space*, espacio de Nance, espacio de deriva y espacio "E". \*
- B) Espacio de Nance, espacio "D", *Leeway space* y espacio de deriva.
- C) *Leeway space*, Línea "E", espacio de deriva y espacio libre de *Simon*.
- D) *Simon space*, espacio de Nance, espacio de deriva y espacio "E".
- E) *Simon space*, espacio libre de Nance, espacio de deriva y espacio "D".

Referencia bibliográfica:

Graber TM, Vanarsdall RL. Ortodoncia. Principios generales y técnicas. Edit. Panamericana. Madrid: 1997.

97. Indique cuál es la referencia radiográfica cuando se realiza el análisis cefalométrico de Steiner.

- A) Plano de Frankfort
- B) Línea Sella-Nasion \*
- C) Plano de Camper
- D) Plano mandibular
- E) Horizontal verdadera

Referencia bibliográfica:

Graber TM, Vanarsdall RL. Ortodoncia. Principios generales y técnicas. Edit. Panamericana. Madrid: 1997.

98. Un paciente de 9 años de edad presenta mordida abierta anterior, relaciones molares Clase I, apiñamiento leve y rotaciones de incisivos inferiores; y cuando se le pide ejecutar degluciones, se evidencia contracción de la musculatura perioral. De acuerdo con la clasificación de Interlandi, estaríamos frente a una deglución atípica \_\_\_\_\_.

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

Referencia bibliográfica:

Interlandi S. Ortodoncia, bases para la iniciación, 3era Ed. Artes Médicas 2002.

**99.** Acude a la consulta un paciente de 8 años de edad. Al examen clínico, presenta *overjet* de 3mm, *overbite* de 2mm, mordida cruzada posterior unilateral y desviación de la línea media inferior a la izquierda. Sobre la base de estos hallazgos, se puede definir que estamos frente a un problema de tipo

- A) coronal.                                      B) vertical.                                      C) sagital.  
D) anteroposterior.                              E) transversal. \*

Referencia bibliográfica:

Graber TM, Vanarsdall RL. Ortodoncia. Principios generales y técnicas. Edit. Panamericana. Madrid: 1997.

**100.** La disyunción maxilar es un tratamiento ortopédico eficiente gracias a que la sutura de la línea media maxilar está abierta, en promedio, hasta los

- A) 30 años.                                      B) 12 años.                                      C) 25 años.  
D) 19 años. \*                                      E) 40 años.

Referencia bibliográfica:

Haas AJ. The treatment of maxillary deficiency by opening the midpalatal suture. Angle Orth. 35: 200-217, 1965.