



“Año del 90 Aniversario de la Fiesta Nacional de la Vendimia”

Ministerio de Salud y Deportes

RESIDENCIAS DE PRIMER NIVEL – EXAMEN DE ODONTOLOGÍA – CONCURSO 2026

Apellido y Nombre:

DNI NºEspecialidad.....

Controle que al presente cuadernillo no le falten hojas.

Cada pregunta va seguida de cuatro opciones para responder; solamente debe optar por una de ellas. Son 100 preguntas.

IMPORTANTE:	
MARCAS CORRECTAS	MARCAS INCORRECTAS
	   
Seleccionar la respuesta correcta y completar solo con tinta negra.	La integración de dos o más marcas en un mismo ítem invalida la respuesta

- En operatoria dental, la odontología basada en la evidencia se fundamenta principalmente en:
 - La utilización de la mejor evidencia científica disponible como principal criterio para la toma de decisiones clínicas.
 - La integración de la evidencia científica disponible con la experiencia clínica del profesional, priorizando los protocolos terapéuticos establecidos.
 - La integración de la mejor evidencia científica disponible, la experiencia clínica del profesional y los valores, necesidades y preferencias del paciente.
 - La aplicación de la experiencia clínica del profesional, complementada con los avances tecnológicos y nuevos materiales restauradores.
- ¿Qué entiende por mancha blanca en operatoria dental?
 - Una alteración del color dental causada por pigmentos extrínsecos adheridos al esmalte.
 - Lesión cariosa inicial con desmineralización del esmalte, clínicamente se ve como una mancha blanca opaca.
 - Un defecto estructural del esmalte de origen genético presente desde la erupción.
 - Una lesión del esmalte asociada exclusivamente al envejecimiento dental.



“Año del 90 Aniversario de la Fiesta Nacional de la Vendimia”

Ministerio de Salud y Deportes

3. Identifique de que tipo es la dentina con aumento de mineralización por depósito de calcio intratubular asociado a envejecimiento o estímulos.
 - a) Dentina translúcida o esclerótica.
 - b) Dentina circumpulpar.
 - c) Dentina secundaria.
 - d) Dentina del manto.
4. Teniendo en cuenta los grados del índice de placa de Silness y Løe, ¿cuál de las siguientes descripciones corresponde al grado 2?
 - a) Área gingival cubierta por una línea de biopelícula dental delgada a moderada; los depósitos son visibles a simple vista.
 - b) Ausencia de biopelícula dental visible a simple vista, pero detectable en la punta de la sonda al deslizarla sobre la superficie dentaria en la entrada del surco gingival.
 - c) Área gingival del diente libre de biopelícula dental; la superficie se examina deslizando la sonda a lo largo de la superficie dentaria en la entrada del surco gingival.
 - d) Presencia de depósitos abundantes de biopelícula dental visibles a simple vista, que se extienden hacia el borde incisal y ocupan el área interproximal.
5. Paciente con restauración de resina compuesta de 3 años de evolución, presenta tinción marginal cervical, leve sensibilidad y reblandecimiento del tejido dentario adyacente al sondaje. ¿Cuál es el diagnóstico?
 - a) Pigmentación marginal por absorción de colorantes alimentarios sin compromiso del tejido dentario.
 - b) Caries secundaria asociada a microfiltración en el margen de la restauración.
 - c) Desgaste superficial del material restaurador por fuerzas oclusales.
 - d) Alteración cromática del material restaurador por envejecimiento de la resina
6. La transiluminación con fibra óptica (FOTI) detecta desmineralización por cambios en la transmisión de luz. ¿En qué situación clínica es más útil como complemento diagnóstico?
 - a) Lesiones cariosas radiculares asociadas a recesión gingival.
 - b) Lesiones cavitadas en superficies vestibulares o linguales.
 - c) Caries recurrentes ubicadas bajo restauraciones metálicas extensas.
 - d) Lesiones cariosas proximales incipientes en esmalte
7. Paciente adulto presenta lesión cariosa proximal extensa en sector posterior, con compromiso de esmalte y dentina sin afectación pulpar. Según Mount y Hume (mod. Lasfargues), ¿cuál es su clasificación?
 - a) 2.3.
 - b) 3.1.
 - c) 1.3.
 - d) 3.4



“Año del 90 Aniversario de la Fiesta Nacional de la Vendimia”

Ministerio de Salud y Deportes

8. En operatoria dental, ¿qué ionómero vítreo se indica como base cavitaria y por qué?
 - a) Ionómeros vítreos convencionales, porque presentan elevada resistencia a la compresión inmediata.
 - b) Ionómeros vítreos convencionales o reforzados con resina, porque combinan adhesión química al diente, liberación de flúor y mejores propiedades mecánicas iniciales.
 - c) Ionómeros vítreos metálicos, porque ofrecen mayor resistencia al desgaste y estética superior.
 - d) Ionómeros vítreos de sellado superficial, porque presentan baja viscosidad y elevada fluidez.
9. ¿Cuál de las siguientes combinaciones de propiedades explica que los ionómeros vítreos sean considerados una mejor elección frente a otros materiales restauradores?
 - a) Buena adhesión al esmalte, liberación inicial de flúor y adecuada estética para restauraciones posteriores.
 - b) Elevada resistencia a la compresión inmediata y ausencia de sensibilidad a la humedad durante el fraguado.
 - c) Alta resistencia mecánica y al desgaste, lo que permite su indicación preferente en zonas de gran carga oclusal.
 - d) Adhesión química a esmalte y dentina, liberación sostenida de flúor y coeficiente de expansión térmica similar al del diente.
10. Paciente de 45 años, con un molar restaurado presenta sangrado gingival, aumento de la profundidad de sondaje e inflamación localizada. Se observa margen restaurador subgingival, sin caries recurrente y con pérdida ósea incipiente. ¿Cuál es la causa probable?
 - a) Hipersensibilidad dentinaria asociada a exposición radicular en el sector restaurado.
 - b) Invasión del espacio biológico por el margen restaurador, que provoca inflamación crónica y pérdida de inserción periodontal.
 - c) Respuesta inflamatoria gingival secundaria a irritación por exceso marginal del material restaurador.
 - d) Trauma oclusal secundario a un punto de contacto proximal deficiente.
11. ¿Cuáles de los siguientes corresponden a sistemas adhesivos de 5 ° generación?
 - a) Simplicity – iBond
 - b) Gluma Solid Bond
 - c) OptiBond FL
 - d) Gluma One Bond – One Coat Bond
12. ¿En cuál de las siguientes situaciones clínicas está indicado realizar un alargamiento coronario en lugar de una gingivectomía?
 - a) Cuando existe exceso de tejido gingival con margen óseo adecuado y sin invasión del espacio biológico.
 - b) Cuando se requiere mejorar la estética gingival en el sector anterior sin compromiso óseo.
 - c) Cuando el margen cavitario se encuentra subgingival y próximo a la cresta ósea, comprometiendo el espacio biológico.
 - d) Cuando existe aumento del volumen gingival sin alteración de la relación con la cresta ósea.



“Año del 90 Aniversario de la Fiesta Nacional de la Vendimia”

Ministerio de Salud y Deportes

13. Según Pashley, ¿cuáles son los objetivos del acondicionamiento ácido de la dentina para lograr una adhesión eficaz?
 - a) Eliminar o modificar el barrillo dentinario, desmineralizar superficialmente la dentina e incrementar la permeabilidad para permitir la infiltración del adhesivo y la formación de la capa híbrida.
 - b) Sellar los túbulos dentinarios mediante precipitación de sales minerales para prevenir la sensibilidad postoperatoria inmediata.
 - c) Incrementar la rugosidad superficial de la dentina y reducir su permeabilidad mediante la obliteración parcial de los túbulos dentinarios.
 - d) Desmineralizar profundamente la dentina para exponer completamente la matriz colágena y favorecer la adhesión micromecánica.
14. ¿Cuál es la principal función de la llave de silicona en la técnica de estratificación con resinas compuestas?
 - a) Facilitar el aislamiento del campo operatorio y estabilizar la restauración durante la fotopolimerización inicial.
 - b) Favorecer la adaptación marginal de la resina compuesta en los márgenes cervicales de la cavidad. Mejorar la adhesión entre la resina compuesta y la estructura dentaria.
 - c) Guiar la confección del casquete palatino y el reborde marginal, y servir como referencia para la estratificación de las capas de resina.
 - d) Permitir el modelado directo de las superficies proximales evitando el uso de matrices.
15. Durante la terminación y pulido de restauraciones con resina compuesta, ¿cuál de las siguientes situaciones clínicas puede comprometer la integridad marginal y la longevidad de la restauración?
 - a) Utilizar sistemas abrasivos en secuencia de granulación decreciente respetando los tiempos recomendados.
 - b) Realizar el pulido bajo presión excesiva y alta velocidad, generando aumento de temperatura en la interfase restauración-diente.
 - c) Ajustar la oclusión antes del pulido final para evitar contactos prematuros.
 - d) Emplear instrumentos de terminación adecuados para definir la anatomía antes del pulido.
16. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente la abrasión dental?
 - a) Pérdida de tejido dentario producida por la acción química de ácidos no bacterianos que provocan desmineralización superficial del esmalte.
 - b) Desgaste de la estructura dentaria causado por fricción repetida entre las superficies dentarias antagonistas durante la función o parafunción.
 - c) Pérdida de tejido dentario originada por la acción mecánica repetida de agentes externos sobre la superficie del diente.
 - d) Desgaste cervical del tejido dentario asociado a tensiones oclusales que generan microfracturas del esmalte y la dentina.



“Año del 90 Aniversario de la Fiesta Nacional de la Vendimia”

Ministerio de Salud y Deportes

17. Paciente de 48 años presenta lesiones cervicales no cariosas profundas en premolares, de superficie lisa y brillante, asociadas a cepillado horizontal vigoroso con dentífricos abrasivos, sin caries ni erosión. ¿Cuál es el abordaje clínico más adecuado?
 - a) Indicar agentes desensibilizantes y controles periódicos, sin modificar los hábitos de higiene hasta evaluar la progresión de las lesiones.
 - b) Restaurar todas las lesiones cervicales con resina compuesta para sellar la dentina expuesta y prevenir la progresión.
 - c) Realizar ajuste oclusal para reducir las tensiones cervicales y controlar la sensibilidad dentinaria.
 - d) Modificar los factores etiológicos, controlar la sensibilidad dentinaria y restaurar selectivamente las lesiones profundas.
18. Paciente con lesión ICDAS 3, en molar permanente, sin compromiso dentinario radiográfico ni cavitación franca. ¿Cuál es la conducta terapéutica más adecuada?
 - a) Eliminación del tejido dentinario afectado y restauración con resina compuesta.
 - b) Sellado de fosas y fisuras asociado a control de biofilm y aplicaciones tópicas de flúor.
 - c) Observación clínica con controles periódicos, sin intervención terapéutica.
 - d) Apertura de la lesión y restauración con resina compuesta
19. Paciente de 35 años con lesión cervical en incisivo superior a restaurar con resina compuesta presenta margen ligeramente subgingival, próximo al tejido gingival. ¿Cuál es la conducta más adecuada?
 - a) Realizar la TCE extendiendo el margen restaurador hacia el surco gingival para optimizar la estética cervical.
 - b) Colocar el margen restaurador en dentina radicular mediante profundización de la preparación para mejorar el sellado marginal.
 - c) Evaluar el respeto del espacio biológico y, si el margen invade esta zona, considerar procedimientos como el reposicionamiento del margen restaurador o un alargamiento coronario previo a la restauración.
 - d) Restaurar la lesión manteniendo el margen subgingival y compensar la dificultad de acceso mediante sistemas adhesivos de alta resistencia.
20. En operatoria dental, la odontología mínimamente invasiva, según Barrancos Money, se basa principalmente en:
 - a) La eliminación total del tejido dentario afectado para evitar recidivas.
 - b) El reemplazo sistemático de restauraciones antiguas por materiales modernos.
 - c) La preservación del tejido dentario sano mediante diagnóstico temprano, control del biofilm y tratamientos conservadores.
 - d) La utilización exclusiva de técnicas rotatorias para acelerar el tratamiento clínico.
21. En cuanto a adhesión dentinaria, ¿qué sustancia inhibe las MMP y preserva la capa híbrida?
 - a) Ácido ortofosfórico al 37 %, utilizado para el acondicionamiento ácido del esmalte y la dentina.
 - b) Hipoclorito de sodio, empleado para la desproteínización de la dentina tras el grabado ácido.
 - c) Clorhexidina en solución acuosa al 2 %, aplicada sobre la dentina grabada antes del sistema adhesivo.
 - d) Alcohol etílico, utilizado para favorecer la infiltración del adhesivo en la red colágena desmineralizada.



“Año del 90 Aniversario de la Fiesta Nacional de la Vendimia”

Ministerio de Salud y Deportes

22. ¿En qué situación está más limitada la indicación de incrustaciones indirectas?
- a) Pérdida extensa de estructura coronaria con márgenes profundos subgingivales que dificultan el control del aislamiento y la adhesión
 - b) Cavidades amplias en dientes posteriores con cúspides debilitadas, pero con suficiente estructura remanente para lograr retención y adhesión.
 - c) Lesiones proximales extensas en premolares o molares con posibilidad de aislamiento absoluto y márgenes supragingivales.
 - d) Restauraciones en dientes posteriores con necesidad de restablecer contactos proximales y anatomía oclusal mediante técnica indirecta.
23. En dientes tratados endodónticamente, ¿cuándo está indicado el uso de postes intrarradiculares?
- a) Proporcionar retención al material de reconstrucción coronaria cuando la estructura dentaria remanente es insuficiente para sostener la restauración.
 - b) Reforzar mecánicamente el diente tratado endodónticamente para aumentar su resistencia frente a las fuerzas oclusales.
 - c) Reemplazar la estructura radicular perdida mediante un elemento intrarradicular que restablezca la resistencia del diente.
 - d) Distribuir las fuerzas oclusales hacia la raíz para evitar la fractura coronaria del diente tratado endodónticamente.
24. ¿Cuál de las siguientes pruebas para la evaluación pulpar es considerada de elección por su mayor confiabilidad clínica?
- a) Calor
 - b) Prueba eléctrica
 - c) Frio
 - d) Oximetría de pulso
25. Entre los métodos de diagnóstico pulpar se incluyen las pruebas eléctricas. ¿Qué indica que haya respuesta pulpar frente al estímulo eléctrico?
- a) El estado de salud histológica de la pulpa.
 - b) La presencia de fibras nerviosas pulpares viables.
 - c) La conservación del aporte vascular pulpar.
 - d) La situación patológica exacta de la pulpa.
26. ¿Cuál de los siguientes datos determina un mal pronóstico para el tratamiento de una fractura radicular vertical?
- a) Fisura coronal con segmentos fijos y paciente asintomático.
 - b) El diente es sensible al sondaje de la fisura oclusal y los segmentos están fijos.
 - c) Segmentos móviles a cualquier lado de la fisura oclusal y sintomático.
 - d) Dolor leve y ausencia de fístula.



“Año del 90 Aniversario de la Fiesta Nacional de la Vendimia”

Ministerio de Salud y Deportes

27. ¿Cuál es la diferencia clínica entre un absceso apical crónico y una periodontitis perirradicular crónica?
- a) Presencia de necrosis pulpar.
 - b) Presencia de un trayecto fistuloso con drenaje purulento.
 - c) Presencia de radiolucidez en la región periapical.
 - d) Ausencia de respuesta a las pruebas de sensibilidad pulpar.
28. Según las guías de la American Heart Association, ¿en cuál de las siguientes afecciones cardíacas está indicada la profilaxis antibiótica previa a un tratamiento endodóntico?
- a) Soplos cardíacos funcionales.
 - b) Valvulopatía adquirida leve.
 - c) Hipertensión arterial controlada.
 - d) Prótesis valvulares cardíacas.
29. En primeros premolares inferiores, ¿dónde debe ubicarse el punto inicial de acceso endodóntico?
- a) A mitad del trayecto de la vertiente lingual de la cúspide vestibular.
 - b) En la cúspide lingual.
 - c) En el surco principal.
 - d) En el vértice de la cúspide vestibular.
30. ¿A qué elemento dentario corresponde la siguiente descripción? Diente multirradicular con dos raíces (mesial y distal), ocasionalmente una tercera raíz distolingual. La raíz mesial presenta dos conductos y la distal uno o más, con variaciones.
- a) 1° molar superior.
 - b) 1° molar inferior.
 - c) 2° molar superior.
 - d) 2° molar inferior.
31. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente la técnica de instrumentación endodóntica Step-Down?
- a) La técnica se limita exclusivamente a la preparación del diámetro apical.
 - b) La preparación del conducto se inicia en el tercio apical a la longitud de trabajo, aumentando progresivamente el calibre hacia cervical.
 - c) La instrumentación se realiza exclusivamente con limas manuales desde el ápice hacia la corona.
 - d) La preparación comienza con el ensanchamiento de los tercios cervical y medio, eliminando interferencias antes de abordar el tercio apical.
32. ¿Cuál es la función principal de los agentes quelantes en la eliminación del barro dentinario durante el tratamiento endodóntico?
- a) Disolver tejido orgánico y restos pulpares.
 - b) Actuar como irrigantes antimicrobianos de amplio espectro.
 - c) Eliminar la porción inorgánica del barro dentinario mediante la quelación de iones calcio.
 - d) Lubricar el conducto radicular sin modificar la estructura dentinaria.



“Año del 90 Aniversario de la Fiesta Nacional de la Vendimia”

Ministerio de Salud y Deportes

33. ¿Cuál de las siguientes opciones describe una propiedad ideal de los materiales de obturación endodóntica?
- Capacidad de absorber fluidos tisulares para mejorar la adaptación al conducto.
 - Expansión controlada dentro del conducto para llenar microespacios.
 - Reabsorción rápida en caso de extrusión apical para minimizar la irritación periapical.
 - Estabilidad dimensional, biocompatibilidad, radiopacidad y capacidad de sellado hermético.
34. ¿A qué lesión corresponde la siguiente descripción? Lesión inflamatoria de origen epitelial en el ligamento periodontal que forma una cavidad revestida por epitelio escamoso estratificado no queratinizado. Se presenta como una osteólisis periapical bien delimitada asociada a un diente generalmente asintomático.
- Granuloma periapical.
 - Absceso apical crónico.
 - Quiste radicular (quiste periapical).
 - Osteítis condensante.
35. ¿A qué procedimiento corresponde la formación de una barrera apical en un diente inmaduro no vital que permite su obturación?
- Apexogénesis.
 - Apexificación o Apicoformación.
 - Revascularización pulpar.
 - Pulpectomía parcial.
36. Indique el diagnóstico: paciente con dolor a la masticación, percusión y palpación, con cierto grado de movilidad, las pruebas pulpares son negativas, con ensanchamiento del ligamento periodontal hasta una radiolucidez perirradicular.
- Absceso apical agudo.
 - Absceso periodontal agudo.
 - Periodontitis apical sintomática.
 - Absceso apical crónico.
37. En dientes permanentes inmaduros con exposición pulpar por caries, ¿qué criterio clínico determina la elección entre pulpotomía parcial (Cvek) y pulpotomía total (cervical)?
- En la extensión y reversibilidad de la inflamación pulpar, si está limitada a la zona superficial se indica pulpotomía parcial, pero si compromete la pulpa coronal, la indicación es pulpotomía total.
 - En el grado de desarrollo radicular: la pulpotomía parcial se indica en ápices abiertos y la total en ápices cerrados.
 - El material disponible para el recubrimiento pulpar es hidróxido de calcio para parcial y MTA para total.
 - Cuando hay presencia de exposición pulpar, siempre se indica pulpotomía total.
38. ¿En cuál de las siguientes situaciones está indicada la terapia de regeneración endodóntica?
- Diente permanente con ápice cerrado y pulpa vital con caries profunda.
 - Diente temporal con necrosis pulpar y reabsorción radicular fisiológica.
 - Diente permanente con ápice cerrado y lesión periapical crónica.
 - Diente permanente joven con ápice abierto y necrosis pulpar.



“Año del 90 Aniversario de la Fiesta Nacional de la Vendimia”

Ministerio de Salud y Deportes

39. ¿Qué significa el termino osteointegración?
- a) El proceso de regeneración del tejido muscular alrededor de un implante.
 - b) Conexión funcional y estructural entre hueso sano y la superficie de un implante, que soporta carga.
 - c) La inflamación del hueso causada por un cuerpo extraño.
 - d) La sustitución del hueso por tejido fibroso después de una cirugía.
40. Los efectos adversos de la diabetes mellitus sobre el estado periodontal se ven más acentuados en pacientes que presentan:
- a) Diabetes mellitus recientemente diagnosticada con adecuado control metabólico.
 - b) Diabetes mellitus gestacional controlada mediante dieta.
 - c) Diabetes mellitus de larga evolución asociada a mal control glucémico.
 - d) Diabetes mellitus tipo 2 con buen control glucémico y sin complicaciones sistémicas.
41. Según Lindhe, ¿cuál es el principal mecanismo por el cual el tabaco contribuye al daño de los tejidos periodontales?
- a) Incremento directo de la acumulación de placa bacteriana supragingival.
 - b) Estimulación de una respuesta inflamatoria exagerada en el tejido gingival.
 - c) Alteración de la microcirculación y de la respuesta inmunitaria del huésped.
 - d) Aumento de la mineralización del biofilm subgingival.
42. ¿Qué es la virulencia de un patógeno microbiano?
- a) La capacidad del microorganismo de sobrevivir en el ambiente externo.
 - b) El grado de patogenicidad o la capacidad del microorganismo de causar enfermedad, medido experimentalmente.
 - c) El número total de microorganismos presentes en un huésped.
 - d) La resistencia del microorganismo frente a los antibióticos.
43. Según Page y Schroeder, el desarrollo de la gingivitis y periodontitis se clasifica en cuatro estadios. Indique cuál de los siguientes NO corresponde a dicha clasificación:
- a) Lesión inicial.
 - b) Lesión temprana.
 - c) Lesión establecida.
 - d) Lesión regenerativa
44. En relación con los factores que influyen en el desarrollo de la gingivitis durante el embarazo, ¿en qué período se observan mayores aumentos en la prevalencia e intensidad de la gingivitis?
- a) Etapa preconcepcional.
 - b) Segundo y tercer trimestre.
 - c) Primer trimestre.
 - d) Puerperio.



“Año del 90 Aniversario de la Fiesta Nacional de la Vendimia”

Ministerio de Salud y Deportes

45. En gingivitis y periodontitis, ¿cuál es la principal diferencia entre la lesión establecida y la avanzada?
- Mayor presencia de neutrófilos en la lesión avanzada.
 - Aparición de dolor espontáneo en la lesión avanzada.
 - Pérdida franca de inserción clínica e histológicamente evidente en la lesión avanzada.
 - Disminución del infiltrado inflamatorio en la lesión avanzada.
46. Según la teoría de Irving Glickman, cuando una lesión gingival asociada a placa se combina con fuerzas oclusales anormales, ¿qué tipo de defecto periodontal se produce con mayor frecuencia?
- Bolsas supraóseas y pérdida ósea horizontal uniforme.
 - Defectos óseos angulares y bolsas infraóseas.
 - Aumento exclusivo del sangrado sin pérdida ósea.
 - Formación de hiperplasia gingival sin compromiso óseo.
47. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente la relación entre la gingivitis inducida por placa y la periodontitis crónica?
- La periodontitis crónica aparece de forma independiente y no se relaciona con la gingivitis inducida por placa.
 - La gingivitis inducida por placa es una lesión irreversible que siempre progresa a periodontitis crónica.
 - La gingivitis inducida por placa es una lesión reversible que, si no se trata, puede evolucionar hacia periodontitis crónica caracterizada por pérdida de inserción y de hueso.
 - La periodontitis crónica se caracteriza únicamente por inflamación gingival sin pérdida de inserción ni de hueso.
48. ¿Qué característica clínica es más útil para diferenciar una gingivitis ulceronecrosante aguda de otros tipos de gingivitis?
- Presencia de eritema gingival difuso con sangrado leve al sondaje.
 - Presencia de pseudomembranas grisáceas y necrosis de las papilas interdentes con dolor intenso y sangrado espontáneo.
 - Aumento de volumen gingival fibroso sin dolor ni ulceración.
 - Inflamación gingival asociada exclusivamente a cambios hormonales.
49. Niño con caries amelodentinaria abierta sin compromiso pulpar como nicho bacteriano. ¿Cuál es el procedimiento indicado para su inactivación?
- Eliminar dentina infectada y realizar la restauración definitiva en la misma sesión.
 - Eliminar la dentina necrótica con instrumental manual y sellar la cavidad con un material restaurador provisorio.
 - Aplicar agentes antimicrobianos tópicos y diferir el tratamiento restaurador para una etapa posterior.
 - Realizar la apertura cavitaria y dejar la lesión expuesta para favorecer su remineralización.



“Año del 90 Aniversario de la Fiesta Nacional de la Vendimia”

Ministerio de Salud y Deportes

50. Un niño de 8 años presenta caries inicial sin cavitación. ¿Qué agente remineralizante actúa como reservorio de calcio y fosfato favoreciendo la remineralización?
- Complejo de fosfopéptidos de caseína y fosfato de calcio amorfo (CPP-ACP).
 - Fluoruro de sodio utilizado en barnices tópicos.
 - Fluoruro diamino de plata aplicado sobre lesiones activas.
 - Fosfato tricálcico incorporado en dentífricos remineralizantes
51. Paciente pediátrico con hiposalivación por medicación y mayor riesgo de caries. ¿Cuál de las siguientes medidas ayuda a controlarlo?
- Indicar dentífricos fluorados de alta concentración y controles periódicos.
 - Estimular el flujo salival mediante chicles con xilitol y complementar con enjuagatorios fluorados.
 - Indicar selladores de fosas y fisuras en todas las piezas permanentes recién erupcionadas.
 - Recomendar únicamente medidas dietéticas para disminuir el consumo de azúcares.
52. ¿Cuál es el fármaco analgésico y antipirético de primera línea en pediatría, indicado para dolor leve-moderado y seguro en menores de un año?
- Paracetamol.
 - Aspirina.
 - Diclofenac.
 - Ketorolac.
53. Un niño de 5 años presenta fiebre, malestar general, irritabilidad y dolor bucal. Clínicamente se observa: mucosa oral eritematosa y edematosa con múltiples vesículas que se rompen dejando erosiones dolorosas con halo rojo. ¿Cuál es el diagnóstico que sugiere?
- Estomatitis aftosa recurrente.
 - Gingivoestomatitis herpética primaria aguda.
 - Candidiasis oral.
 - Herpangina.
54. Lea la descripción e indique a qué patología se refiere: erosiones secundarias a necrosis, ovales o redondeadas, de 2 a 5 mm de diámetro, con fondo amarillento necrótico, poco profundas, rodeadas por un halo eritematoso, localizadas en mucosa no queratinizada. Dolor intenso, espontáneo e irradiado. Se resuelven sin dejar cicatriz y suelen recidivar.
- Candidiasis oral.
 - Gingivoestomatitis herpética primaria aguda.
 - Leucoplasia oral.
 - Estomatitis aftosa recurrente (afta menor)
55. Un niño de 5 años concurre a la consulta y se diagnostica una avulsión completa del incisivo central superior temporal. ¿Cuál es el procedimiento terapéutico más indicado?
- Reposicionar el diente inmediatamente y ferulizar durante 4 semanas.
 - Realizar de inmediato el tratamiento endodóntico para reimplantar el diente.
 - No reimplantar el diente y realizar control clínico y radiográfico periódico.
 - Reposicionar el diente y estabilizarlo con una férula flexible.



“Año del 90 Aniversario de la Fiesta Nacional de la Vendimia”

Ministerio de Salud y Deportes

56. En un diente permanente joven con fractura coronaria complicada (con exposición pulpar), ¿cuál es el objetivo principal del tratamiento?
- a) Realizar el tratamiento endodóntico completo para evitar posibles complicaciones pulpares futuras.
 - b) Preservar la vitalidad pulpar para permitir la continuación del desarrollo radicular y restaurar la forma y función del diente.
 - c) Sellar la exposición pulpar con un material restaurador definitivo sin tratamiento pulpar previo.
 - d) Diferir el tratamiento inmediato y realizar controles clínicos y radiográficos periódicos.
57. ¿A qué lesión traumática dentaria corresponde? Golpe absorbido por el alveolo que provoca afección leve del ligamento periodontal, sin movilidad, desplazamiento ni alteraciones radiográficas.
- a) Subluxación.
 - b) Luxación lateral.
 - c) Concusión.
 - d) Intrusión.
58. ¿En cuál de las siguientes situaciones clínicas está indicado el uso de un mantenedor de espacio removible en un niño en dentición mixta presenta pérdida prematura de piezas temporarias y se evalúan las alternativas para mantener el espacio hasta la erupción de los dientes permanente?
- a) Cuando existe pérdida prematura de múltiples piezas dentarias y es necesario mantener el espacio y restablecer función y estética.
 - b) Cuando se produce la pérdida unilateral de un molar primario con dientes vecinos sanos que permiten la colocación de un mantenedor fijo.
 - c) Cuando la pérdida dentaria es reciente y no se observan signos de migración de las piezas adyacentes.
 - d) Cuando se requiere mantener el espacio en un solo sector posterior mediante un mantenedor simple
59. Una vez realizado el diagnóstico y confirmada la indicación de frenectomía en un paciente pediátrico, ¿cuál es el momento más adecuado para su realización?
- a) Inmediatamente después del diagnóstico, independientemente de la edad y del desarrollo dentario.
 - b) Durante la dentición temporaria, para prevenir cualquier alteración futura.
 - c) Tras la erupción de los incisivos permanentes y, preferentemente, luego del cierre espontáneo del diastema interincisal si este ocurre.
 - d) Solo después de completar toda la dentición permanente, sin excepción.
60. ¿Cuál es un signo clínico predictivo de maloclusión que requiere intervención interceptiva en dentición mixta
- a) Espacios interdentarios fisiológicos en dentición temporaria.
 - b) Apiñamiento dentario con pérdida prematura de espacio en el sector anterior.
 - c) Diastemas interincisivos transitorios durante la erupción.
 - d) Leve sobremordida vertical dentro de valores normales.



“Año del 90 Aniversario de la Fiesta Nacional de la Vendimia”

Ministerio de Salud y Deportes

61. En cuanto a la interpretación de estudios cefalométricos en ortodoncia, las telerradiografías de frente y de perfil, se utilizan de manera complementaria. ¿Qué tipo de información aportan en conjunto?
- Permiten evaluar la relación sagital, vertical y transversal de las estructuras craneofaciales.
 - Solo aportan información sobre la posición dentaria individual.
 - Permiten diagnosticar exclusivamente alteraciones en el plano transversal.
 - Se utilizan únicamente para valorar el estado de erupción dentaria
62. ¿Cuál es una de las limitaciones de las radiografías en el diagnóstico odontológico?
- Proporcionan una imagen bidimensional de estructuras tridimensionales, lo que puede generar superposición de estructuras.
 - Permiten evaluar con precisión la actividad biológica de los procesos patológicos.
 - Permiten detectar lesiones incipientes con total precisión, aun sin pérdida mineral.
 - Permiten identificar directamente los microorganismos responsables de la enfermedad.
63. ¿A qué grado de periodontitis corresponde? Pérdida ósea extensa con movilidad y desplazamientos dentarios, posible exfoliación y pérdida ósea generalizada o defectos verticales amplios en radiografía.
- Periodontitis inicial.
 - Periodontitis moderada.
 - Periodontitis avanzada.
 - Periodontitis localizada.
64. En la evaluación radiográfica de un molar se observa una corona de morfología y tamaño normales. El cuerpo dentario se encuentra aumentado en sentido apico-oclusal, con desplazamiento apical de la furcación y raíces relativamente cortas. La cámara pulpar aparece amplia y extendida en sentido vertical. ¿A qué anomalía dentaria corresponde esta imagen?
- Dentinogénesis imperfecta.
 - Taurodontismo.
 - Dens invaginatus.
 - Dilaceración radicular.
65. ¿Cuál es el diagnóstico presuntivo? Lesión radiolúcida homogénea en el interior del conducto y/o corona, sin trabéculas, generalmente asintomática, que puede adelgazar las paredes radiculares.
- Reabsorción dentinaria interna.
 - Reabsorción dentinaria externa.
 - Caries profunda.
 - Dens invaginatus.
66. Según el Artículo 5° del Capítulo III de la Ley 26.529 de Salud Pública, ¿cuál es el derecho del paciente al que se refiere este artículo?
- Acceso a información sanitaria clara y comprensible sobre su estado de salud y los procedimientos a realizar.
 - Conservación y manejo adecuado de la historia clínica del paciente.
 - Participación en exposiciones académicas o investigaciones sin afectar su privacidad.
 - Otorgar consentimiento informado antes de cualquier intervención o procedimiento médico.



“Año del 90 Aniversario de la Fiesta Nacional de la Vendimia”

Ministerio de Salud y Deportes

67. Según la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (Argentina), en su Artículo 2°, ¿cuál de los siguientes constituye un derecho esencial del paciente en su relación con los profesionales y el sistema de salud?
- a) Recibir asistencia sanitaria exclusivamente cuando disponga de cobertura por parte de un seguro o sistema de salud.
 - b) Elegir libremente al profesional tratante dentro de las posibilidades que ofrece el sistema de salud.
 - c) Aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con posibilidad de revocar posteriormente su decisión.
 - d) Autorizar la utilización de su información clínica con fines académicos o científicos sin resguardar su confidencialidad.
68. Según la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (Argentina), en su Artículo 2°, el derecho a la confidencialidad establece que:
- a) La información clínica del paciente puede ser compartida entre profesionales de la salud sin restricciones cuando intervienen en su atención.
 - b) Toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica debe guardar reserva sobre su contenido, salvo autorización del paciente o disposición judicial.
 - c) La historia clínica puede ser consultada por familiares directos del paciente sin necesidad de su consentimiento.
 - d) La información sanitaria del paciente puede difundirse con fines académicos o científicos sin requerir autorización.
69. Según la Ley 26.061, el derecho a la salud de niñas, niños y adolescentes implica que:
- a) El acceso a servicios de salud queda condicionado geográficamente a la situación social del grupo familiar y domicilio del mismo.
 - b) Los servicios de salud privados deben garantizar la atención médica solo en situaciones que no sean urgencias.
 - c) El Estado debe garantizar el acceso integral a la atención de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación.
 - d) La atención sanitaria se limita exclusivamente a situaciones de urgencia.
70. Durante la atención odontológica de un niño, el profesional debe respetar lo establecido en el Artículo 9 de la Ley 26.061, que reconoce el derecho de niñas, niños y adolescentes a:
- a) Recibir atención sanitaria integral únicamente en presencia de sus padres o tutores.
 - b) Ser tratados con dignidad y respeto, preservando su integridad física, psíquica y moral.
 - c) Aceptar los procedimientos indicados por el profesional sin recibir explicaciones.
 - d) Ser atendidos exclusivamente en instituciones especializadas en odontopediatría.



“Año del 90 Aniversario de la Fiesta Nacional de la Vendimia”

Ministerio de Salud y Deportes

71. Durante la atención odontológica de un adolescente, el profesional debe considerar lo establecido en el Artículo 24 de la Ley 26.061, que reconoce:
- a) El derecho de los padres a decidir sin intervención del paciente.
 - b) El derecho del profesional a tomar decisiones sin informar al paciente.
 - c) El derecho de niñas, niños y adolescentes a expresar su opinión y que esta sea tenida en cuenta según su edad y madurez.
 - d) El derecho exclusivo del tutor legal a recibir información sanitaria.
72. En el campo de la Epidemiología aplicada a la odontología preventiva y comunitaria ¿Cuál es su objetivo principal?
- a) Analizar la distribución y los determinantes de las enfermedades bucales en la población, con el fin de planificar, ejecutar y evaluar intervenciones de prevención y control.
 - b) Determinar la técnica operatoria más adecuada según el grado de destrucción dentaria.
 - c) Establecer protocolos clínicos individuales basados exclusivamente en el diagnóstico pulpar.
 - d) Valorar los resultados funcionales y estéticos de los tratamientos restauradores en la práctica clínica.
73. ¿Cuál de las siguientes opciones describe una característica general de las biopelículas en el medio bucal?
- a. Acumulaciones transitorias de bacterias libres que se mantienen en suspensión en la saliva sin adherirse a superficies.
 - b. Comunidades microbianas organizadas que se adhieren a superficies orales y se encuentran inmersas en una matriz extracelular producida por los propios microorganismos.
 - c. Colonias bacterianas compuestas por una única especie microbiana que se desarrolla de forma independiente.
 - d. Depósitos bacterianos que se forman únicamente cuando existe un proceso infeccioso activo en los tejidos bucales.
74. Desde la perspectiva de la odontología preventiva y comunitaria, ¿cuál es la estrategia más adecuada para actuar sobre los determinantes de la caries dental en la población?
- a) Priorizar exclusivamente la atención clínica de las lesiones de caries detectadas en los servicios odontológicos.
 - b) Desarrollar acciones preventivas únicamente en individuos que ya presentan experiencia de caries.
 - c) Identificar grupos de riesgo e implementar intervenciones preventivas combinando estrategias poblacionales y acciones específicas en los grupos más vulnerables.
 - d) Orientar las intervenciones preventivas solo hacia la educación individual del paciente durante la consulta odontológica.
75. Según la Carta de Ottawa, ¿qué estrategia es más adecuada en una comunidad escolar con alta prevalencia de caries?
- a) Charlas informativas sobre cepillado.
 - b) Programa participativo con comunidad educativa, educación en autocuidado, mejora de la alimentación y entornos saludables.
 - c) Jornadas de atención odontológica restauradora.
 - d) Distribución de folletos sobre higiene y flúor.



“Año del 90 Aniversario de la Fiesta Nacional de la Vendimia”

Ministerio de Salud y Deportes

76. La candidiasis pseudomembranosa oral se caracteriza clínicamente por:
- a) Placas blanquecinas cremosas, que se desprenden fácilmente al raspado y dejan un lecho eritematoso subyacente.
 - b) Máculas eritematosas lisas, sin placas, que afectan principalmente paladar y lengua.
 - c) Membranas amarillentas adherentes de difícil remoción sobre áreas inflamadas.
 - d) Úlceras superficiales múltiples con centro necrosado y bordes bien delimitados.
77. En el liquen plano bucal, la forma clínica reticular (típico) se caracteriza por:
- a) Lesiones mucosas blanquecinas en forma de placas discoides, frecuentemente asociadas con lesiones cutáneas.
 - b) Estrías blancas en forma de red (estrías de Wickham), generalmente asintomáticas, localizadas con mayor frecuencia en el tercio posterior del carrillo; también pueden aparecer en dorso lingual y encía.
 - c) Lesiones eritematosas planas con atrofia epitelial que generan sensación de ardor o dolor leve.
 - d) Lesiones ulceradas o erosivas con solución de continuidad de la mucosa, a menudo dolorosas y acompañadas de inflamación local.
78. En pacientes con síndrome de Sjögren, ¿cuál de las siguientes manifestaciones orales es más característica?
- a) Inflamación gingival difusa con aumento del volumen papilar y sangrado espontáneo.
 - b) Úlceras aftosas recurrentes dolorosas en mucosa yugal y paladar blando.
 - c) Disminución del flujo salival con xerostomía, saliva espesa y aumento de caries cervicales o radiculares.
 - d) Hipersalivación persistente con saliva fluida y mucosa oral húmeda.
79. En pacientes con síndrome de Sjögren, la conducta estomatológica más indicada para el manejo de la xerostomía y prevención de complicaciones orales es:
- a) Administración de corticoesteroides sistémicos como único tratamiento para la sequedad oral.
 - b) Extracción profiláctica de dientes posteriores para prevenir caries asociadas a la hiposalivación.
 - c) Uso de sustitutos salivales, aplicación de flúor tópico, hidratación frecuente y medidas preventivas para reducir riesgo de caries y candidiasis.
 - d) Suspender el cepillado y otras medidas preventivas durante episodios de xerostomía para evitar irritación mucosa.
80. Paciente de 45 años con VIH presenta ardor bucal. Al examen se observan placas blanquecinas cremosas en lengua y mucosa, que se desprenden al raspado dejando una superficie eritematosa. Indique a que patología se hace referencia.
- a) Candidiasis pseudomembranosa, frecuente en pacientes inmunocomprometidos, caracterizada por placas blanquecinas cremosas fácilmente desprendibles.
 - b) Estomatitis aftosa recurrente, caracterizada por úlceras dolorosas con base necrótica y bordes eritematosos.
 - c) Liquen plano oral, caracterizado por placas blancas reticulares asintomáticas en carrillos y lengua.
 - d) Glositis migratoria benigna, caracterizada por zonas eritematosas despapiladas en lengua que cambian de localización.



“Año del 90 Aniversario de la Fiesta Nacional de la Vendimia”

Ministerio de Salud y Deportes

81. En relación con las indicaciones de la prótesis parcial removible, señale la opción correcta:
- a) Está indicada en pacientes desdentados de manera parcial reducida y buen soporte dentario posterior.
 - b) Se indica principalmente en pacientes desdentados de manera parcial extensa o cuando las condiciones clínicas no permiten una prótesis fija.
 - c) Debe utilizarse exclusivamente como tratamiento provisional previo a la colocación de implantes.
 - d) Se utiliza solo cuando el paciente rechaza cualquier otro tipo de tratamiento protético.
82. Según la clasificación de Kennedy, una arcada con áreas edéntulas posteriores bilaterales sin dientes remanentes distales corresponde a:
- a) Clase I.
 - b) Clase II.
 - c) Clase III.
 - d) Clase IV.
83. En el diseño de una prótesis parcial removible, el conector mayor debe cumplir principalmente con el siguiente requisito biomecánico:
- a) Ser lo más delgado posible para mejorar el confort del paciente.
 - b) Adaptarse únicamente sobre mucosa móvil para evitar contacto con dientes.
 - c) Cubrir la mayor cantidad posible de superficie mucosa para aumentar la retención.
 - d) Presentar suficiente rigidez para distribuir las fuerzas entre los distintos elementos de la prótesis.
84. En una prótesis parcial removible, ¿cuál es la función principal de los apoyos (apoyos oclusales)?
- a) Retener la prótesis mediante fricción con la mucosa.
 - b) Evitar el desplazamiento de la prótesis hacia los tejidos de soporte.
 - c) Unir los retenedores directos con el conector mayor.
 - d) Mejorar la estética del aparato protético.
85. Durante la restauración de una cavidad Clase II con resina compuesta, la técnica de inserción incremental tiene como principal finalidad:
- a) Disminuir el estrés generado por la contracción de polimerización y mejorar la adaptación del material a las paredes cavitarias.
 - b) Incrementar la radiopacidad de la restauración.
 - c) Eliminar la necesidad del sistema adhesivo.
 - d) Evitar el empleo de matrices y cuñas.
86. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente el diseño cavitario actual para una restauración Clase II con resina compuesta?
- a) Debe extenderse preventivamente hacia fosas y fisuras para evitar futuras caries.
 - b) Requiere paredes paralelas y retenciones mecánicas obligatorias.
 - c) Se basa en una preparación mínimamente invasiva, limitada al tejido afectado y con preservación de estructura dentaria.
 - d) Debe presentar ángulos internos agudos para aumentar la retención del material restaurador.



“Año del 90 Aniversario de la Fiesta Nacional de la Vendimia”

Ministerio de Salud y Deportes

87. ¿Cuál es uno de los principales problemas clínicos inherentes a las restauraciones con resina compuesta (composite)?
- a) Presentan expansión higroscópica inmediata que mejora el sellado marginal desde el momento de la restauración.
 - b) La contracción de polimerización puede generar tensiones que favorecen la formación de brechas marginales y microfiltración.
 - c) Poseen adhesión química espontánea al esmalte y la dentina, por lo que no requieren sistemas adhesivos.
 - d) Liberan flúor en cantidades suficientes para prevenir la aparición de caries secundaria.
88. ¿Cuál es el principal objetivo de precalentar la resina compuesta (composite) antes de su inserción en la cavidad?
- a) Disminuir la contracción de polimerización al eliminar completamente el estrés generado durante el curado.
 - b) Aumentar la fluidez del material para mejorar su adaptación a las paredes cavitarias, sin modificar de manera significativa sus propiedades una vez polimerizado.
 - c) Reducir el tiempo de grabado ácido requerido sobre esmalte y dentina.
 - d) Evitar la necesidad de utilizar sistemas adhesivos al incrementar la capacidad de unión del composite con los tejidos dentarios.
89. ¿Cuál de las siguientes medidas corresponde a una prevención primaria de la maloclusión?
- a) Realizar expansión rápida del maxilar durante la dentición mixta.
 - b) Indicar tratamiento de ortodoncia fija al finalizar el crecimiento.
 - c) Promover la lactancia materna y eliminar hábitos bucales deformantes en edades tempranas.
 - d) Extraer dientes permanentes para aliviar el apiñamiento.
90. ¿Cuál de los siguientes hábitos, cuando persiste más allá de la edad fisiológica, constituye un factor de riesgo para el desarrollo de una maloclusión?
- a) Deglución madura.
 - b) Respiración nasal. Succión digital persistente.
 - c) Masticación bilateral alternada.
 - d) Succión digital persistente.
91. La intervención preventiva frente a una pérdida prematura de un diente temporario tiene como principal objetivo:
- a) Favorecer la exfoliación precoz de los dientes temporarios remanentes.
 - b) Evitar alteraciones en la longitud del arco y preservar el espacio para la erupción del sucesor permanente.
 - c) Acelerar la erupción del diente permanente mediante fuerzas ortodóncicas.
 - d) Disminuir la dimensión vertical de oclusión durante la dentición mixta.



“Año del 90 Aniversario de la Fiesta Nacional de la Vendimia”

Ministerio de Salud y Deportes

92. La pérdida prematura de un segundo molar temporario inferior antes de la erupción del primer molar permanente requiere una evaluación cuidadosa porque:
- a) No produce modificaciones en la longitud del arco si el niño presenta dentición mixta.
 - b) Puede favorecer la migración mesial del primer molar permanente y la pérdida de longitud del arco dentario.
 - c) Solo afecta la estética y no compromete la erupción de los dientes permanentes.
 - d) Determina, de manera constante, una mordida abierta anterior.
93. El objetivo principal de un mantenedor de espacio es:
- a) Estimular el crecimiento transversal del maxilar.
 - b) Restablecer la función masticatoria mediante movimientos ortodóncicos activos.
 - c) Favorecer la exfoliación temprana de los dientes temporarios remanentes.
 - d) Conservar la longitud del arco evitando el desplazamiento de los dientes vecinos hasta la erupción del sucesor permanente.
94. En relación con el agente remineralizante: fosfopéptidos de caseína-fosfato de calcio amorfo (CPP-ACP), Recaldent, ¿cuál es el principal mecanismo por el cual contribuye a prevenir la desmineralización del esmalte?
- a) Favorece la formación de una película protectora que impide la adhesión bacteriana al esmalte.
 - b) Genera una sobresaturación de calcio y fosfato en la superficie del esmalte, favoreciendo su remineralización.
 - c) Estimula la formación de fluorapatita mediante la liberación sostenida de flúor.
 - d) Ocluye mecánicamente los microporos del esmalte mediante una película protectora resistente a los ácidos.
95. ¿Cuál es el factor que más influye en el pronóstico del reimplante en dentición permanente?
- a) El tipo de anestesia utilizada durante el procedimiento.
 - b) El tiempo extra alveolar y la conservación de la viabilidad de las células del ligamento periodontal.
 - c) El grado de calcificación pulpar previo al traumatismo.
 - d) La presencia de una restauración de resina compuesta en la corona.
96. ¿En cuál de las siguientes situaciones una luxación intrusiva de un diente primario presenta mayor probabilidad de requerir la extracción del diente traumatizado?
- a) Cuando el desplazamiento es leve y el ápice se encuentra alejado del germen del permanente.
 - b) Cuando existe reerupción espontánea durante los controles.
 - c) Cuando el ápice se desplaza hacia el germen del diente permanente, con riesgo de lesionarlo.
 - d) Cuando el paciente consulta dentro de las dos horas posteriores al traumatismo.



“Año del 90 Aniversario de la Fiesta Nacional de la Vendimia”

Ministerio de Salud y Deportes

97. Un niño de 9 años concurre a la consulta por un traumatismo en un incisivo central permanente ocurrido hace aproximadamente una hora. Durante la anamnesis, el odontólogo registra el mecanismo del accidente, el tiempo transcurrido y el medio en que permaneció el diente durante el traslado. ¿Por qué estos datos son determinantes en la evaluación inicial?
- Porque permiten establecer el grado de desarrollo radicular previo al traumatismo.
 - Porque condicionan el pronóstico del traumatismo y orientan la conducta terapéutica inmediata.
 - Porque determinan si será necesario indicar antibioticoterapia sistémica.
 - Porque permiten decidir el color definitivo del material restaurador.
98. Se presenta a la consulta un niño de 5 años con fiebre, cefalea, malestar general y odinofagia. A las 24-48 horas desarrolla una erupción cutánea constituida inicialmente por máculas y pápulas que evolucionan rápidamente a vesículas y luego a costras. Durante el examen clínico se observan lesiones en distintos estadios evolutivos y vesículas en la mucosa yugal, lengua, paladar, encía y orofaringe, que al romperse dejan erosiones dolorosas. Las lesiones cutáneas pueden sobreinfectarse por el rascado y dejar cicatrices. ¿A qué enfermedad corresponde este cuadro clínico?
- Herpes simple primario.
 - Enfermedad mano-pie-boca.
 - Actinomicosis.
 - Varicela.
99. Un niño de 6 años presenta fiebre, odinofagia y dificultad para deglutir. Durante el examen clínico se observan pequeñas vesículas y úlceras localizadas exclusivamente en el paladar blando, la úvula y los pilares amigdalinos. No presenta lesiones cutáneas. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?
- Gingivoestomatitis herpética primaria.
 - Herpangina.
 - Enfermedad mano-pie-boca.
 - Varicela.
100. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones compara correctamente a los selladores endodónticos a base de resina con los selladores biocerámicos?
- Los selladores a base de resina presentan fraguado dependiente de la humedad, mientras que los biocerámicos requieren un medio completamente seco.
 - Ambos tipos de selladores presentan alta solubilidad y reabsorción rápida en tejidos periapicales.
 - Los selladores biocerámicos son bioactivos y liberan iones calcio, mientras que los selladores a base de resina se caracterizan por su adhesión y estabilidad dimensional.
 - Los selladores a base de resina inducen formación de hidroxiapatita, a diferencia de los biocerámicos.