Osakidetza



FACULTATIVO/A TÉCNICO/A ODONTÓLOGO/A

PREGUNTAS

1. En el riesgo relativo, señale la respuesta correcta:

a) Es la proporción entre la incidencia y la prevalencia de una enfermedad.
b) Se relaciona con los falsos negativos de una prueba diagnóstica.
c) Relaciona individuos expuestos y no expuestos a un factor en estudio.
d) Se utiliza en los estudios de casos-controles.

2. La especificidad de una prueba diagnóstica:

a) Muestra la capacidad de repetir correctamente los resultados sobre el mismo sujeto.
b) Depende del número de "verdaderos positivos" en su magnitud.
c) Muestra la capacidad de detectar correctamente a los individuos sanos.
d) Depende del número de "falsos negativos" en su magnitud.

3. Señale la afirmación correcta:

a) La prevalencia es la variable más efectiva para hacer estudios de causalidad.
b) El tratamiento precoz es fundamental para disminuir la tasa de incidencia de enfermedad.
c) La incidencia y la prevalencia disminuyen con medidas de prevención primaria efectivas.
d) Para obtener medidas de prevalencia se requiere el contaje de casos nuevos en la población.

4. Los estudios de casos y controles tienen la siguiente característica:

a) Tienen un diseño de tipo descriptivo y no analítico.
b) Están indicados para investigar enfermedades raras o con largos periodos de latencia.
c) Van desde la causa hasta el efecto.
d) Son útiles para el estudio de la historia natural de la enfermedad.

5. En cuanto a los diseños epidemiológicos, es FALSO que:

a) Los estudios de cohortes permiten la prueba de hipótesis causales.
b) Los estudios de casos y controles permiten el estudio de la historia natural de la enfermedad.
c) Los ensayos permiten realizar una descripción de la causalidad y evaluación de los beneficios y costes de las intervenciones.
d) Un estudio transversal permite la medición de prevalencia.



6. ¿Cuál de las siguientes opciones refleja de manera más completa la finalidad integrada de la epidemiología en odontología?

a) Describir la frecuencia de las enfermedades orales sin considerar sus causas.
b) Analizar exclusivamente los factores biológicos implicados en las enfermedades orales.
c) Estudiar la distribución, causas, evolución y prevención de las enfermedades orales para orientar decisiones en salud pública.
d) Aplicar tratamientos odontológicos individuales basados en la evidencia científica.

7. En relación con los estudios de cohorte, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Son especialmente eficientes para estudiar enfermedades infrecuentes y con largos períodos de latencia.
b) Permiten establecer una clara relación temporal entre exposición y enfermedad, pero presentan riesgo de pérdidas de seguimiento.
c) No permiten calcular directamente medidas de riesgo, por lo que requieren estimaciones indirectas.
d) Eliminan completamente la influencia de factores de confusión al inicio del estudio.

8. ¿Qué caracteriza principalmente a un sesgo de selección en un estudio epidemiológico?

a) Errores al medir la exposición o la enfermedad.
b) Diferencias sistemáticas entre los sujetos del estudio y la población de referencia.
c) Falta de precisión debido a un tamaño muestral pequeño.
d) Variabilidad aleatoria en los resultados.

9. En un estudio de cohortes se obtiene un riesgo relativo (RR) de 0,6 para la relación entre una exposición y una enfermedad. ¿Cómo se interpreta este resultado?

a) La exposición no tiene ninguna relación con la enfermedad.
b) La exposición aumenta el riesgo de enfermedad.
c) La exposición actúa como factor protector frente a la enfermedad.
d) No es posible interpretar el resultado sin conocer la incidencia.

10. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente una diferencia entre los estudios de cohorte y los estudios de casos y controles?

a) Los estudios de cohorte permiten calcular directamente la incidencia y el riesgo de enfermedad.
b) Los estudios de casos y controles permiten calcular directamente la incidencia de enfermedad.
c) Los estudios de cohorte son más eficientes para enfermedades infrecuentes.
d) Los estudios de casos y controles establecen mejor la relación temporal exposición-enfermedad.

11. Señale qué afirmación es correcta en cuanto a los factores de confusión en los estudios epidemiológicos:

a) La asociación entre la enfermedad y una exposición tendrá un bajo nivel de significación.
b) La existencia de factores de confusión se debe a un error de selección.
c) La existencia de factores de confusión se debe a un sesgo de información.
d) Los factores de confusión pueden actuar como marcadores de riesgo.

12. En los estudios de cohortes, señalar la respuesta correcta:

a) Son de diseño y ejecución rápidos.
b) Son eficientes en enfermedades con largos períodos de latencia.
c) Muy eficientes para estudiar exposiciones infrecuentes.
d) Como medida de asociación utilizan el Riesgo Relativo.

13. Una de las condiciones recomendadas para aplicar una estrategia preventiva dirigida a grupos de riesgo es:

a) Una baja accesibilidad de la población a los servicios sanitarios.
b) La inexistencia de estrategias de tipo poblacional.
c) Que no existan medios preventivos fáciles de aplicar.
d) Una baja ocurrencia de la enfermedad.

14. En los estudios de casos y controles, es correcto que:

a) Son los más frecuentemente usados en odontología.
b) Suelen tener cierto riesgo y limitaciones éticas.
c) Permiten el cálculo directo de riesgos ante un factor de exposición.
d) En su diseño parten del efecto para llegar a la causa.

15. Para valorar el efecto del uso de pasta dentífrica fluorada en la prevención de la caries, se seleccionó una muestra de 325 niños menores de 10 años. Dicha muestra se subdividió aleatoriamente en dos grupos: al primero de ellos, compuesto por 150 niños, se les indicó que se cepillaran con una pasta dentífrica con flúor 3 veces al día durante un año. A los niños del segundo grupo se les indicó que se cepillaran con una pasta dentífrica placebo durante el mismo período de tiempo. Al cabo de 1 año desde el inicio del estudio se registraron 19 niños con caries, de los que 11 se dieron entre los niños que habían utilizado la pasta dentífrica placebo. ¿Qué tipo de estudio se ha realizado?

a) Transversal.
b) De cohortes.
c) De casos y controles.
d) Ninguno de los anteriores.



16. Al encuestar a una población de profesionales de salud bucodental de un centro de salud sobre su consumo habitual de queso y sus valores de LDL en sangre, se ha observado una asociación positiva entre ambas variables. ¿Qué tipo de diseño epidemiológico se ha llevado a cabo para obtener esta conclusión?

a) Transversal.
b) De cohortes.
c) Experimental.
d) De casos y controles.

17. Es FALSO que:

a) En un estudio de casos controles PApoblacional = OR-1/OR.
b) Valor predictivo negativo= [VN/(VN+FN)].
c) Ensayos de N = 1 (N-of-1 trials).
d) Especificidad = [VN/(VN+FP)].

18. Señale la afirmación FALSA sobre la prevención en Odontología:

a) La prevención primaria busca frenar el proceso antes del desarrollo de la enfermedad.
b) La prevención secundaria tiene el propósito de detener la enfermedad o de revertirla.
c) La prevención primaria y secundaria se ajustan a un modelo de tratamiento médico.
d) La prevención terciaria busca la identificación de los factores de riesgo.

19. Es FALSO que:

a) Los estudios de cohortes pueden ser retrospectivos.
b) Los estudios de casos y controles van de la causa hacia el efecto.
c) En los estudios ecológicos un coeficiente (r) de 0 traduciría una asociación nula.
d) Sensibilidad = [VP/(VP+FN)].

20. Respecto a los estudios epidemiológicos:

a) Los de cohortes son estudios observacionales y descriptivos.
b) Los transversales tienen un grupo test y un grupo control.
c) Los de casos y controles estudian la historia natural de la enfermedad.
d) Los ensayos clínicos son los más indicados en la descripción de la causalidad.

21. Señale la frase que es cierta en relación con el SIC "Significant Caries Index":

a) Sustituye al índice CAO cuando se estudian comunidades pequeñas o colectivos específicos.
b) Es el cociente entre las lesiones de caries cavitadas y no cavitadas.
c) No da el mismo peso a los componentes "careado", "extraído" y "obturado".
d) Trata de identificar el sector poblacional con mayor prevalencia de caries.



22. Señale la limitación que tiene el índice CAO:

a) No distingue la severidad de las caries.
b) Tiene escasa aceptabilidad en los estudios de poblaciones.
c) Su expresión estadística es compleja.
d) Predice y refleja el riesgo futuro de caries.

23. En relación con la medición de enfermedad bucodental, es FALSO que:

a) El sistema de diagnóstico de Nyvad et al. (1999) categoriza la gravedad de las lesiones de caries en: superficie intacta, discontinuidad superficial del esmalte y cavidad evidente en dentina.
b) La codificación ICDAS contiene dos códigos: el primero se refiere a la presencia de restauraciones o sellados, y el segundo, al diagnóstico de la lesión de caries.
c) El índice CAOD/S tiene en cuenta los dientes a riesgo de caries.
d) El ICR se calcula mediante el sumatorio del número de superficies radiculares cariadas más obturadas, dividido por el sumatorio de cariadas más obturadas más sanas, multiplicado por 100.

24. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente una limitación del índice CAOD?

a) Permite diferenciar claramente el estado previo de los dientes obturados.
b) Tiene en cuenta los dientes con mayor riesgo de caries.
c) Da el mismo peso a componentes de distinta naturaleza, lo que puede distorsionar la interpretación.
d) Es completamente objetivo y no depende de la variabilidad del examinador.

25. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a la medición de la enfermedad periodontal?

a) El índice CPITN permite una evaluación completa y precisa de la periodontitis.
b) La medición de la enfermedad periodontal es sencilla y no ha cambiado con el tiempo.
c) La periodontitis avanzada afecta a la mayoría de la población de forma generalizada.
d) La evaluación actual de la enfermedad periodontal requiere mediciones más precisas que en el pasado.

26. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor una ventaja del sistema ICDAS frente a índices tradicionales como el CAOD?

a) Permite medir directamente la incidencia de caries en la población.
b) Se basa exclusivamente en lesiones cavitadas para mejorar la objetividad.
c) Proporciona una valoración más detallada del proceso de caries al incluir estadios iniciales y actividad de la lesión.
d) Elimina la necesidad de estandarización en el diagnóstico clínico.

27. Según el sistema ICDAS II, ¿qué combinación de códigos corresponde a un diente con una restauración en amalgama y una lesión de caries con cavidad detectable con dentina visible?

a) Código de diente 3 y código de lesión 4.
b) Código de diente 4 y código de lesión 5.
c) Código de diente 5 y código de lesión 6.
d) Código de diente 4 y código de lesión 6.

28. En relación con la sonda periodontal CPITN (CPI), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Está diseñada con una banda oscura entre 3,5 y 5,5 mm que facilita la estimación de la profundidad de sondaje y debe utilizarse con una fuerza suave estandarizada (≈0,25 N) para evitar falsos positivos.
b) Su uso requiere aplicar una fuerza superior a 1 N para asegurar la penetración completa en el surco periodontal y mejorar la sensibilidad diagnóstica.
c) No está calibrada en milímetros, ya que su función principal es la detección cualitativa de inflamación gingival.
d) La presencia de sangrado al sondaje es independiente de la presión ejercida, por lo que no es necesario estandarizar la fuerza aplicada.

29. En relación con la epidemiología del cáncer oral y sus factores de riesgo, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la más correcta?

a) La combinación de tabaquismo y consumo elevado de alcohol produce un aumento del riesgo de cáncer oral mucho mayor que la suma de sus efectos individuales, lo que sugiere una posible interacción sinérgica entre ambos factores.
b) El consumo de alcohol incrementa ligeramente el riesgo de cáncer oral, pero su efecto desaparece cuando se ajusta por tabaquismo, por lo que no se considera un factor independiente.
c) El riesgo de cáncer oral asociado al tabaquismo es similar al del consumo de alcohol, y su combinación produce un efecto aditivo, sin interacción entre ambos.
d) El cáncer oral presenta alta supervivencia, por lo que los factores de riesgo tienen escasa relevancia en su pronóstico poblacional.

30. En la clasificación del índice de Dean, las franjas blancas opacas afectando a menos del 50% de la superficie vestibular se valoran como:

a) Fluorosis grave.
b) Fluorosis moderada.
c) Fluorosis leve o ligera.
d) Fluorosis muy leve o muy ligera.

31. Señale una característica de las opacidades de esmalte atribuibles a fluorosis dental leve:

a) Se pierden indefectiblemente en el esmalte sano contiguo.



b) Usualmente están pigmentadas al erupcionar el diente.
c) Raramente existe simetría en la arcada.
d) Presentan forma redondeada u oval.

32. Actualmente se acepta que una concentración óptima de flúor en el agua de bebida comunitaria está en el intervalo:

a) 0,4 a 0,9 ppm.
b) 0,5 a 1,0 ppm.
c) 0,6 a 1,2 ppm.
d) 0,8 a 1,4 ppm.

33. Señale la respuesta correcta en relación al uso de geles y barnices de flúor:

a) La efectividad del gel de flúor es mayor que la del barniz.
b) El ph ácido del barniz de flúor exige una técnica cuidadosa para evitar la ingestión.
c) El gel de flúor no se puede aplicar en niños.
d) El barniz de flúor se puede aplicar a niños menores de 6 años de edad.

34. Desde el punto de vista estético el riesgo de fluorosis finaliza:

a) A los 3 años de edad.
b) A los 4 años de edad.
c) A los 6 años de edad.
d) A los 8 años de edad.

35. En relación con la política actual de fluorización de las aguas de consumo público en la CAPV, señale la afirmación correcta:

a) La fluorización actual afecta al 78% - 80% de la población de la CAPV.
b) Las muestras del agua del grifo deben sobrepasar 1 mg/l de flúor.
c) Incluye a todos los municipios de la CAPV.
d) Actualmente el decreto 49/88 de fluorización del agua en la CAPV está derogado.

36. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación con la fluoración?

a) La fluoración de la leche consiste en añadir a la leche entre 1-3 mg de flúor por litro.
b) La dosis óptima de fluoración del agua de abastecimiento público es 0,5-1 ppm.
c) La dosis óptima de fluoración de la sal es 150 mg/kg.
d) Todas las afirmaciones anteriores son ciertas.

37. En relación al uso de flúor, señale la afirmación verdadera:

a) El ion fluoruro que se encuentra en la saliva protege menos que el flúor que se incorpora a los cristales de la superficie del esmalte.
b) La dosis tóxica probable en un niño de 3 años y 15 kg de peso se sitúa en 250 mg.
c) Las p.p.m. de flúor en un colutorio de NaF al 0,05% se estiman en 226.



d) En la fluorosis dental, la relación entre dosis-respuesta no se considera lineal, sino umbral.

38. ¿Cuál de los siguientes índices NO mide la fluorosis dental?

a) Índice de superficie dental con fluorosis.
b) Índice de Dean.
c) Índice de Russel.
d) Índice de Thylstrup y Fejerskov.

39. En cuanto al flúor como elemento preventivo de caries, es FALSO que:

a) La concentración de flúor en los conductos cuando es secretado por las glándulas salivales en las áreas donde el agua no está fluorada es de 0,006 ppm.
b) La dosis letal cierta de flúor para un niño de 2 años y 10 Kg de peso estaría en 130 mg.
c) El gel de fluorofosfato acidulado que contiene 12.300 ppm de flúor puede grabar las restauraciones de composite.
d) En un niño de 12 kg de peso que ingiere dentífrico de 1.000 ppm de flúor la dosis probablemente tóxica equivale a 57 mg de flúor.

40. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la fluorosis dental es correcta?

a) El diagnóstico de fluorosis dental es siempre definitivo mediante observación clínica directa.
b) El índice de Dean distingue entre dientes anteriores y posteriores para valorar el impacto estético.
c) La fluorosis dental es una alteración del esmalte causada por déficit de flúor durante su formación.
d) El diagnóstico clínico de fluorosis puede ser difícil porque sus primeras manifestaciones son similares a otras alteraciones del esmalte.

41. En relación con el metabolismo y la acción de los fluoruros, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la más correcta?

a) La absorción del fluoruro es independiente del pH gástrico y su retención en el organismo supera habitualmente el 80 % de la ingesta diaria.
b) La mayor parte del fluoruro se localiza en tejidos blandos y su eliminación principal es fecal.
c) El fluoruro ejerce su principal efecto antes de la erupción dentaria, por lo que su administración en gestantes es fundamental.
d) La absorción del fluoruro aumenta con la acidez gástrica, se distribuye mayoritariamente en tejidos calcificados y su eliminación es principalmente renal.



42. En relación con los efectos tópicos del fluoruro, ¿cuál de las siguientes afirmaciones integra de forma más completa sus mecanismos de acción cariostática?

a) Su efecto principal se basa en la incorporación estructural del fluoruro al esmalte antes de la erupción dentaria, formando fluorhidroxiapatita estable.
b) Actúa únicamente mediante la formación de fluoruro cálcico en la superficie del esmalte, sin interacción con la biopelícula bacteriana.
c) La presencia continua de fluoruro en el fluido de la biopelícula y en la saliva favorece la remineralización, inhibe la desmineralización y reduce la producción de ácido bacteriano mediante la inhibición enzimática.
d) Su acción principal consiste en eliminar las bacterias cariogénicas mediante un efecto bactericida directo e irreversible.

43. En la aplicación clínica de geles fluorados de alta concentración, ¿qué combinación de medidas es más adecuada para minimizar simultáneamente el riesgo de ingestión involuntaria y optimizar su eficacia?

a) Aplicar el gel en cubetas con el paciente en posición supina y sin aislamiento salival.
b) Utilizar cubetas bien adaptadas con esponja absorbente, limitar la cantidad de gel, emplear aspiración de alta potencia y mantener la cabeza del paciente inclinada hacia delante.
c) Aumentar la cantidad de gel y permitir su dilución con saliva para mejorar su distribución en la cavidad oral.
d) Aplicar el gel en una sola arcada sin secado previo de los dientes para evitar molestias al paciente.

44. Según el conocimiento actual sobre los mecanismos de acción del flúor, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la más correcta?

a) El principal efecto del flúor en la prevención de la caries es su incorporación permanente al esmalte antes de la erupción dentaria.
b) La eficacia del flúor depende principalmente de su presencia continua en la cavidad oral, donde actúa favoreciendo la remineralización y frenando la progresión de la caries.
c) Los fluoruros solo son útiles en la infancia, ya que su efecto desaparece en la edad adulta.
d) La ingestión sistémica de flúor es el mecanismo más importante para el control de la caries.

45. En relación con la fluoración del agua de bebida como medida de salud pública, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Es una medida eficaz y equitativa que no requiere la participación activa de la población, aunque implica ingestión de flúor.
b) Permite un control individualizado de la dosis de flúor y evita completamente el riesgo de fluorosis.
c) Su eficacia depende exclusivamente de su acción sistémica antes de la erupción dentaria.

d) Actualmente se recomienda una concentración fija universal de 1,5 ppm, independientemente del clima.

46. En relación con la controversia sobre la fluoración del agua de bebida, ¿cuál de las siguientes afirmaciones refleja mejor el debate actual?

a) Existe evidencia sólida de que la fluoración del agua causa múltiples enfermedades sistémicas graves, por lo que debe abandonarse.
b) La fluoración del agua ha demostrado ser ineficaz en la reducción de la caries en poblaciones actuales.
c) El principal debate se centra en el equilibrio entre beneficios poblacionales (eficacia, equidad y bajo coste) y cuestiones éticas y de posibles efectos adversos a largo plazo.
d) La fluoración del agua permite una elección individual libre, por lo que no plantea problemas éticos.

47. ¿Cuál de los siguientes productos aporta una mayor cantidad de fluoruro por aplicación?

a) Colutorio al 0,05% (10 ml).
b) Dentífrico de 1.100 ppm (1 g).
c) Gel al 1,23% (5 ml).
d) Solución al 2% (10 ml).

48. Uno de los siguientes compuestos fluorados NO está permitido en la fluoración de las aguas de consumo público:

a) Fluoruro sódico.
b) Fluorosilicato de sodio.
c) Ácido hexafluorosilícico.
d) Fluoruro de plata amoniacal.

49. La población del PADI que ha precisado asistencia odontológica adicional en 2024 con respecto a 2015 ha sido:

a) Inferior.
b) Prácticamente igual.
c) Superior.
d) No se ha valorado adecuadamente.

50. Señale el porcentaje de población escolar de la CAPV que está libre de caries en dentición permanente a los 12 años, según el informe del PADI para 2024:

a) 98%.
b) 74%.
c) 55%.
d) 42%.

51. Según los estudios epidemiológicos realizados en la Comunidad Autónoma del País Vasco para evaluar la salud dental de la población infantil, es cierto que:

a) En el estudio epidemiológico de 1998 el índice CAOD a los 12 años fue de 0,52 y el índice CAOD a los 14 años fue de 3,98.
b) En el estudio epidemiológico de 2018 el índice CAOD a los 7 años fue de 0,04 y el índice CAOD a los 14 años fue de 0,60.
c) En el estudio epidemiológico de 2023 el índice CAOD a los 7 años fue de 0,03 y el índice CAOD a los 14 años fue de 0,78.
d) En el estudio epidemiológico de 2008 el índice CAOD a los 7 años fue de 0,08 y el índice CAOD a los 12 años fue de 0,46.

52. En relación al programa de atención dental infantil (PADI) de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), señale la afirmación FALSA:

a) En el año 2024, la cobertura global del PADI se situó en el 61,03%.
b) Según los datos de 2024, el 85% de la población de la CAPV a los 15 años ha utilizado el PADI al menos una vez desde los 7 años de edad.
c) El territorio histórico con mayor porcentaje de consultas en Osakidetza en el año 2024 es Gipuzkoa.
d) En los últimos años (2015-2024) los datos de mayor cobertura se han situado de manera sostenida en el territorio histórico de Bizkaia.

53. En relación a la asistencia dispensada en el Programa de Atención Dental Infantil (PADI) de la Comunidad Autónoma del País Vasco, y de acuerdo con los datos del último informe de gestión publicado, señale la opción INCORRECTA:

a) En Osakidetza la proporción de selladores es 4 veces superior a la de la red concertada.
b) En Osakidetza se triplica la proporción de obturaciones, en comparación con la red concertada.
c) En la red concertada el 1,32% correspondió a extracciones dentales.
d) Los usuarios de mayor complejidad clínica y social acuden habitualmente a Osakidetza.

54. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente la evolución y los objetivos del Plan de Atención Dental Infantil (PADI) en la Comunidad Autónoma del País Vasco?

a) El PADI, creado por el Decreto 37/2023, introduce por primera vez la atención dental infantil obligatoria y elimina el modelo previo de asistencia universal.
b) Desde su origen en la política de salud dental de finales de los años ochenta, el PADI busca reducir la caries infantil y garantizar atención básica universal, manteniendo sus prestaciones en el Decreto 37/2023 e incorporando mejoras en la cartera de servicios.
c) El Decreto 118/1990 limitaba la atención a tratamientos especializados, siendo ampliado en 2023 para incluir únicamente servicios preventivos.
d) El PADI se diseñó inicialmente para población adulta joven y, posteriormente, se adaptó a menores de 7 a 15 años en el Decreto 37/2023.

55. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe con mayor precisión la implantación y evolución de la población cubierta por el PADI en la CAPV entre 1990 y 2024?

a) El PADI alcanzó la cobertura total de la población de 7 a 15 años en el mismo año de su creación, manteniéndose sin variaciones posteriores.
b) El programa incorporó todas las cohortes en un periodo de cinco años, estabilizándose después en menos de 150.000 menores.
c) La población beneficiaria del PADI ha disminuido progresivamente desde 2005, debido a la reducción de la población infantil.
d) El PADI se implantó de forma progresiva incorporando durante nueve años consecutivos a la cohorte de 7 años, alcanzando en 1998 la cobertura total de 7 a 15 años, y posteriormente la población atendida ha dependido de la evolución demográfica, estabilizándose en torno a 190.000 menores.

56. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe de forma más precisa la estructura y distribución del dispositivo asistencial del PADI en la CAPV?

a) El dispositivo asistencial del PADI combina una amplia red de dentistas habilitados en clínicas dentales con la participación complementaria de profesionales de Osakidetza en centros de salud, alcanzando implantación en parte del territorio sin cubrir la totalidad de municipios.
b) El PADI se basa fundamentalmente en una red pública exclusiva de centros de salud, siendo residual la participación de clínicas dentales privadas.
c) La red asistencial del PADI se distribuye de forma homogénea en todos los municipios de la CAPV, garantizando la misma disponibilidad de recursos en cada uno de ellos.
d) El modelo del PADI prioriza la atención hospitalaria especializada frente a la atención primaria en clínicas dentales y centros de salud.

57. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente el funcionamiento del acceso al PADI y su sistema de remuneración?

a) Las familias reciben una invitación anual para elegir dentista mediante un sistema que incluye identificación y registro en consulta, y los profesionales son remunerados mediante un modelo mixto que combina pago por capitación y pago por acto dental.
b) El acceso al PADI se realiza exclusivamente por asignación automática de dentista, sin intervención de las familias, y la remuneración se basa únicamente en el número de tratamientos realizados.
c) Las familias deben solicitar activamente su inclusión en el programa cada año, sin recibir información previa, y los profesionales reciben un pago fijo independiente del número de pacientes.
d) El sistema de remuneración del PADI se basa exclusivamente en pagos por acto dental, sin incluir financiación para actividades preventivas.

58. ¿Cuál de las siguientes interpretaciones describe de forma más adecuada la evolución de la población no atendida en el PADI entre 2015 y 2024, en relación con la cobertura del programa?

a) La población no atendida ha disminuido de forma continua hasta situarse por debajo del 20% en 2024, lo que refleja una cobertura casi universal.
b) El porcentaje de no atendidos es independiente de la cobertura anual, ya que esta depende únicamente de la organización del sistema sanitario.
c) El porcentaje de población no atendida se ha mantenido en torno a un tercio del total, con oscilaciones entre aproximadamente el 31% y el 39%, coherentes con una cobertura media cercana al 65%.
d) La población no atendida ha sido siempre inferior al 25%, lo que indica una alta homogeneidad en la utilización del programa.

59. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe de forma más precisa las diferencias en la cobertura del PADI entre los territorios históricos de la CAPV?

a) La cobertura del PADI es idéntica en Álava, Bizkaia y Gipuzkoa, sin variaciones apreciables entre territorios.
b) Existen diferencias en la cobertura entre territorios históricos, observándose un orden relativo entre provincias, lo que refleja desigualdades en la utilización del programa, aunque dentro de niveles globales similares.
c) La cobertura del PADI es inferior al 50% en al menos dos territorios históricos, situándose muy por debajo de la media autonómica.
d) Álava es el territorio histórico con mayor utilización del PADI, muy por encima del resto de provincias.

60. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe de forma más precisa el patrón de frecuentación del PADI, en la cohorte de 15 años, en 2024?

a) La mayoría de la población presenta un uso constante del PADI, acudiendo todos los años entre los 7 y 15 años.
b) Más del 50% de la población nunca ha acudido al PADI durante el periodo de cobertura.
c) La frecuentación constante es el patrón predominante, superando ampliamente al intermitente.
d) Predomina un patrón de uso intermitente, aunque la gran mayoría ha utilizado el programa al menos una vez, con un promedio de asistencia de alrededor de 6 años sobre los 9 posibles.

61. Según el informe PADI – 2024. Informe anual del Programa de Asistencia Dental Infantil en Euskadi, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente la evolución del índice CAOD en dentición permanente en la población infantil?

a) El índice CAOD se mantiene constante entre los 7 y los 14 años, con valores cercanos a 0,5 en todas las edades.
b) El índice CAOD alcanza su valor máximo a los 7 años y disminuye progresivamente en la adolescencia.

c) El índice CAOD aumenta progresivamente con la edad, pasando de aproximadamente 0,03 a los 7 años a 0,50 a los 12 años y 0,78 a los 14 años.
d) El índice CAOD disminuye con la edad, indicando una menor experiencia acumulada de caries en edades superiores.

62. En la cartera de servicios del PADI NO se incluyen:

a) Los tratamientos pulpares.
b) Las endodoncias en el grupo molar.
c) Las extracciones de piezas sanas por indicación ortodóntica.
d) Las apicoformaciones.

63. En Euskadi, la cobertura del programa de asistencia dental infantil (PADI) finaliza:

a) Al cumplir 14 años de edad.
b) Al cumplir los 15 años de edad.
c) El 31 de diciembre del año en que se cumplen 15 años de edad.
d) El 31 de diciembre del año en que cumplen 14 años de edad.

64. ¿Cuál de las siguientes actuaciones se incluye explícitamente dentro de las prestaciones del Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI) del País Vasco?

a) La obturación de lesiones de caries en piezas dentales deciduas o temporales.
b) La colocación de mantenedores de espacio fijos o removibles sobre dentición temporal.
c) El tratamiento de ortodoncia en pacientes con secuelas operadas de fisura palatina.
d) La exodoncia de piezas de la dentición temporal ante patologías que comprometan la evolución de la dentición permanente.

65. En relación con los programas con estrategia poblacional, dirigidos a la prevención de caries, indique la afirmación correcta:

a) Ayudan a reducir el porcentaje medio del CAOD.
b) No son eficaces para la población de alto riesgo.
c) Su mayor eficiencia se percibe en poblaciones con baja prevalencia de caries.
d) Se basan en la capacidad predictiva del riesgo de caries.

66. Señale el aspecto en el que incide especialmente el enfoque actual sobre los determinantes de la salud oral:

a) La tipología genética y las terapias individualizadas.
b) La educación sanitaria y la información.
c) La conducta como consecuencia del gradiente socio-económico en la población.
d) La financiación y la dotación técnica de los servicios públicos.



67. La formulación recomendada para usar colutorios en programas escolares es:

a) Concentración al 0,2 % de uso diario.
b) Concentración al 0,5% de uso quincenal.
c) Concentración al 0,05% de uso semanal.
d) Concentración al 0,2% de uso semanal o quincenal.

68. En la calibración de los encuestadores de un estudio epidemiológico de caries, el grado de acuerdo se mide usando:

a) El índice estadístico de Student.
b) Medidas de consistencia intraexaminador e interexaminador.
c) Una muestra previa de 50 sujetos participantes en el estudio principal.
d) La coincidencia diagnóstica clínico-radiográfica en una muestra de 20 sujetos.

69. La acción beneficiosa del xilitol se realiza mediante:

a) Un efecto metabólico hipoglucemiante.
b) Inhibiendo el crecimiento del Streptococcus mutans.
c) Reduciendo la hipersalivación.
d) Incrementando la fermentación alimentaria.

70. En lo referente a la resistencia del esmalte a la caries, es cierto que:

a) El flúor estructural es más importante en la prevención de la caries que el flúor lábil.
b) La concentración de flúor en la capa externa del esmalte es de 100-200 ppm.
c) El flúor sistémico tras su absorción también puede ejercer una acción tópica al pasar a la saliva.
d) El flúor presente en la placa que rodea a la superficie dentaria es menos efectivo en la inhibición de la desmineralización que el flúor que se halla incorporado a los cristales desde la formación dentaria.

71. ¿Cuál de las siguientes estrategias de prevención primaria NO se incluyen en el control de la caries?

a) Restauración de lesiones cavitadas.
b) Fluorización de aguas comunitarias.
c) Aplicación de barnices de flúor.
d) Cambios de conducta alimentaria.

72. ¿Cuál de los siguientes factores vinculados a la dieta NO se considera relevante en el proceso de aparición de la caries dental?

a) Origen de los hidratos de carbono.
b) Patrón de ingesta, incluida la frecuencia de consumo y el horario.
c) Consistencia de los alimentos y capacidad de retención.
d) Tipo de hidrato de carbono consumido.

73. Una persona paciente presenta alto riesgo de caries. ¿Cuál de las siguientes estrategias dietéticas sería más adecuada según las recomendaciones actuales?

a) Reducir el consumo total de azúcares, pero mantener su ingesta frecuente en pequeñas cantidades distribuidas durante el día.
b) Mantener el consumo de azúcares, pero limitarlo a las comidas principales, sustituir la sacarosa por edulcorantes no cariogénicos y evitar alimentos retentivos.
c) Eliminar los azúcares simples de la dieta, sin modificar la frecuencia de ingesta ni el tipo de alimentos consumidos.
d) Consumir azúcares únicamente en forma líquida para reducir su retención en la superficie dental.

74. A partir de la integración crítica de los estudios clásicos (Stephan, Vipeholm, Turku Sugar Study, Hopewood House, Tristan da Cunha y estudios experimentales en humanos), ¿cuál de las siguientes interpretaciones explica de forma más completa el papel de la dieta en la etiología de la caries dental?

a) La cariogenicidad de la dieta depende fundamentalmente de la cantidad total de azúcares ingeridos, siendo la frecuencia y el contexto de consumo factores secundarios.
b) La aparición de caries requiere la presencia de azúcares, pero su progresión está determinada exclusivamente por factores del huésped, independientemente de la dinámica de la biopelícula.
c) La combinación de exposiciones frecuentes a azúcares fermentables, especialmente entre comidas, genera descensos repetidos del pH de la placa que, en ausencia de periodos de recuperación y factores protectores, favorece un balance neto de desmineralización.
d) La sustitución de la sacarosa por otros carbohidratos fermentables no modifica significativamente la cariogenicidad, ya que todos inducen respuestas de pH similares en la placa.

75. Una persona paciente es clasificada con alto riesgo de caries. ¿Cuál de las siguientes actuaciones es la más adecuada según su nivel de riesgo?

a) Aplicar medidas del riesgo moderado, añadir pasta de fosfato cálcico, realizar controles radiográficos cada 6-18 meses y evaluar parámetros salivales.
b) Control radiográfico cada 24-36 meses y solo refuerzo de higiene oral con dentífrico fluorado.
c) Reevaluación cada 6-12 meses, sin necesidad de pruebas salivales ni medidas adicionales.
d) Realizar únicamente tratamiento restaurador de todas las lesiones, sin medidas preventivas adicionales.

76. Desde la perspectiva de la comunidad en el abordaje de la enfermedad de caries, ¿cuál de las siguientes estrategias representa mejor una intervención a nivel poblacional?

a) Eliminación del tejido cariado y restauración individual de cada lesión detectada en clínica.
b) Instrucción personalizada de higiene oral y modificación de hábitos dietéticos en pacientes con alto riesgo.
c) Implementación de programas de fluoración del agua y reorganización de servicios de salud oral a nivel poblacional.
d) Aplicación de selladores de fisuras en dientes susceptibles, identificados durante la exploración clínica individual.

77. Se dice que un producto tiene una alta sustantividad en la boca cuando:

a) Se une fácilmente a diversas localizaciones orales y se libera lentamente a niveles terapéuticos.
b) Favorece la acumulación de fluoruros en las superficies dentales.
c) Inhibe el transporte bacteriano a la película adquirida del esmalte.
d) Capta y acumula sustancias ricas en calcio y fosfato sobre la superficie del esmalte

78. En el sistema ICDAS II, el código 1 para una lesión de caries significa:

a) Lesión de mancha blanca confinada en cúspides o bordes incisales.
b) Cambio mínimo detectado en esmalte al secar el diente.
c) Cambio claramente detectable en esmalte.
d) Rotura localizada de esmalte.

79. Señale el índice recomendado por la OMS para medir el grado de fluorosis dental en las encuestas epidemiológicas:

a) Índice de Dean.
b) Índice de superficie dental con fluorosis (TSIF).
c) Índice de defectos de desarrollo del esmalte (DDE).
d) Índice de Thylstrup-Fejerskov.

80. En las sociedades desarrolladas, la mayoría de las caries infanto-juveniles se concentran aproximadamente en:

a) Un 5 % - 10 % de la población.
b) Un 15 % - 20 % de la población.
c) Un 25 % - 30 % de la población.
d) Un 35 % - 40 % de la población.

81. Respecto al índice CAOD, señale cuál es la afirmación correcta:

a) El CAOD es un índice con valor potencialmente reversible en la población infantil.
b) Actualmente incorpora la caries radicular.



c) Actualmente, su utilización está perdiendo fuerza al no incorporar estadios evolutivos de la caries.
d) Requiere el uso de la sonda dental para evaluar la caries oclusal.

82. En la placa bacteriana, señale el pH crítico de desmineralización:

a) pH < 6.
b) pH < 5,5.
c) pH < 4,5.
d) pH < 4.

83. El umbral diagnóstico de caries utilizado en las encuestas de la OMS, incluye:

a) Lesiones clínicamente detectables en esmalte con superficie intacta.
b) Lesiones cavitadas clínicamente detectables en esmalte.
c) Lesiones clínicamente detectables en dentina.
d) Lesiones iniciales a nivel subclínico.

84. Señale la definición cierta para caries residual:

a) La lesión detenida bajo una mancha blanca.
b) La lesión localizada junto a una restauración.
c) La lesión dentinaria que no se detecta en el examen visual.
d) La lesión que aparece tras dejar tejido desmineralizado antes de obturar.

85. En la superficie oclusal, una lesión de caries no cavitada y activa se caracteriza por:

a) Presentar apariencia blanquecina, opaca y rugosa.
b) Presentar tinción marrón-amarillenta.
c) Presentar apariencia grisácea, lisa y brillante.
d) Mostrar fosas y fisuras negras y duras al sondaje.

86. En el control de la caries, señale la afirmación verdadera:

a) El barniz de flúor a base de poliuretano con difluorsilano al 0,9 % contiene flúor al 0,7 % (7.000 ppm).
b) El sulfato cálcico y el flúor del complejo CPP-ACP se liberan durante los ataques ácidos.
c) La Asociación Europea de Odontopediatría aconseja la aplicación de gel de flúor a partir de los 6 años en los niños/as de moderado y alto riesgo.
d) El complejo CPP-ACP no puede ser ingerido por las personas con intolerancia a la lactosa.

87. En relación al concepto actual de la caries dental, señale la afirmación FALSA:

a) La caries es una enfermedad multifactorial que se inicial con cambios microbianos de la placa bacteriana.



b) En etapas iniciales es reversible.
c) Su manejo clínico se basa en el tratamiento de las lesiones cavitadas que genera.
d) Es considerada como un proceso continuo de enfermedad con diferentes estadios.

88. En relación al proceso de la química de la caries dental, ante una lesión sin cavitar, cuando se remineraliza la superficie de la lesión y la base de la lesión (subsuperficie) se estabiliza por ese hecho, se dará lugar al siguiente tipo de lesión clínica:

a) Lesión de esmalte detenida.
b) Caries residual.
c) Caries oculta.
d) Caries secundaria.

89. En relación al sistema internacional de detección y diagnóstico de la caries ICDAS II, señale la codificación ERRÓNEA:

a) Código 35. Diente con obturación de resina compuesta y con una cavidad detectable con dentina visible.
b) Código 21. Molar con sellado de fosas y fisuras, con mancha blanca en esmalte, tras su secado.
c) Código 86. Diente con obturación de IRM con cambios claramente detectables en esmalte, sin secado.
d) Código 03. Diente con rotura localizada del esmalte.

90. En relación al umbral de diagnóstico de caries planteado por Pitts, en 1997. Señale la afirmación CORRECTA:

a) En el estadio C1, existen lesiones cavitadas cuya base es dentina.
b) Las lesiones de manchas blancas corresponden al estadio C1.
c) El estadio C1, es el aplicado en estudio epidemiológicos para establecer el umbral de diagnóstico de caries.
d) En el estadio C3, existe patología pulpar vinculada con el proceso de caries dental.

91. En relación a la placa dental, señale la afirmación verdadera:

a) La película adquirida es una capa orgánica acelular que se deposita sobre el esmalte formada por proteínas salivales y productos bacterianos.
b) El hecho de que la película adquirida tenga carga negativa y las primeras bacterias colonizadoras carga positiva, condiciona uniones estables y fuertes entre ambas.
c) Los elementos que componente la placa madura, incluyes: bacterias, compuestos orgánicos, agua, hidratos de carbono, proteínas y glucoproteínas, y algunos lípidos.
d) El fenómeno de despegamiento de la placa dental es debido a factores exclusivamente mecánicos, por ello, es importante el cepillado dental.

92. En el caso que se requiera administrar antibiótico por un absceso periapical, señale la posología indicada como tratamiento de primera elección:

a) Amoxicilina oral 1g/12h, 3-7 días.

b) Amoxicilina oral 500mg/ 8h, 3-7 días.
c) Amoxicilina/clavulánico oral 500-875/125mg/ 8h, 5-7 días.
d) Metronidazol oral 500mg/8h, 5-7 días.

93. En la química de la caries, ¿cuál de las siguientes asociaciones NO es cierta?

a) Desmineralización de hidroxiapatita: infrasaturación respecto al medio (pH <5,5).
b) Erosión: infrasaturación del medio respecto a hidroxiapatita y fluorapatita (pH <4,5).
c) Remineralización/cálculo: infrasaturación del medio respecto a fluorapatita (pH >5,5).
d) Desmineralización de fluorapatita: infrasaturación respecto al medio (pH <4,5).

94. En las formas de presentación clínica y diagnóstico de la caries, es FALSO que:

a) La técnica de la cuantificación de la fluorescencia inducida por luz (QLF) sirve para detectar y cuantificar la placa dental que no es visible, pero no sirve para la detección de lesiones en dentina.
b) La radiografía de aleta de mordida ayuda en el diagnóstico de las lesiones de caries en cuello de botella.
c) La lesión inicial de caries en fosas y fisuras se inicia en el fondo debido a la presencia de material orgánico en el fondo de la fosa y de la fisura.
d) Las caries detenidas son más resistentes a la actividad cariogénica que el esmalte sano.

95. En relación al uso de antibióticos en Odontología, señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

a) Las pautas habitualmente serán largas, de 10 días o más.
b) La prescripción será empírica, con antibióticos de amplio espectro
c) Efecto bactericida.
d) Efecto frente a odontopatógenos aerobios fundamentalmente.

96. Ante una lesión con código 1 o 2 del ICDAS II, se recomienda:

a) Restauración mínimamente invasiva en caso de riesgo alto.
b) No tratar y controlar periódicamente en cualquier nivel de riesgo.
c) Sellar en caso de factores de riesgo moderado o alto.
d) Evaluar la profundidad mediante fresa a alta velocidad en todos los casos.

97. Según el diagrama o anillos de Keyes:

a) La caries es el resultado de un desequilibrio entre los factores desmineralizantes y remineralizantes de los tejidos duros dentales.
b) La caries es una enfermedad multifactorial en la que interaccionan factores dependientes del huésped, la dieta y la placa dental. En algunas versiones del diagrama de Keyes también se incluye el factor tiempo. Estos se representan como círculos solapados.
c) La caries se produce cuando el pH de la saliva desciende a menos de 5,5.



d) La caries es resultado de una alteración de la microbiota.

98. La evidencia macroscópica de la afectación inicial de caries en el esmalte es la lesión de mancha blanca. Esta representa:

a) La desmineralización de la subsuperficie.
b) La desmineralización de la superficie del esmalte.
c) La pérdida de continuidad en la superficie del esmalte.
d) El aumento de mineral en la subsuperficie del esmalte.

99. En el diagnóstico de las lesiones de caries en fosas y fisuras son criterios diagnósticos:

a) La tinción del sistema de fosas y fisuras.
b) La presencia de caries en el diente contralateral.
c) La presencia de restos de un sellado de fisuras.
d) La opacidad alrededor de la fosa o fisura.

100. El test de Alban mide:

a) El flujo de saliva estimulada.
b) Las unidades formadoras de colonias de estreptococos en la placa bacteriana.
c) El poder acidogénico de las bacterias salivales.
d) La capacidad tampón de la saliva.

101. En casos de riesgo bajo de caries, las radiografías de aleta de mordida se recomiendan:

a) Cada 18-24 meses.
b) Cada 24-36 meses.
c) Cada 48 meses.
d) No se recomiendan.

102. En la evaluación del riesgo de caries, el "período ventana" se refiere a:

a) La transmisión de inmunoglobulina A de la madre al niño antes de los 20 meses.
b) La capacidad de formar placa bacteriana madura, antes de los 18 meses.
c) La maduración posteruptiva del esmalte entre los 6 y 12 meses.
d) La colonización precoz por estreptococo mutans antes de los 19-31 meses.

103. El período de mayor riesgo de incidencia de caries es:

a) El primer período de recambio dental.
b) Tras la aparición de diabetes mellitus del adulto.
c) Al alcanzar los 18 años de edad.
d) Tras la colocación de una rehabilitación removible.

104. En la valoración del riesgo de caries de una persona paciente, señale la afirmación verdadera:

a) En una persona paciente con riesgo moderado de caries el recuento de lactobacilos es de 1.105-1.106 UFC/ml.
b) En un niño/a con alto riesgo de caries la capacidad tampón tiene un valor de pH >4.
c) Un niño/a con necesidades especiales de cuidados en su salud siempre es un niño/a con riesgo alto de caries.
d) En una persona paciente con riesgo bajo de caries el recuento de Streptococo mutans es superior a 1.105 UFC/ml.

105. ¿Cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo de caries?

a) Capacidad buffer de saliva < 4,5.
b) Recuento de estafilococos del grupo mutans: > 106 UFC/ml saliva.
c) Test de Alban con altas puntuaciones.
d) Recuento de lactobacilos > 105 UFC/ml saliva.

106. ¿Cuál es el límite en la tasa de flujo salival estimulada considerado de riesgo para la incidencia de caries dental?

a) Menor a 0,7ml/min.
b) Menor a 1,5ml/min.
c) No existe límite descrito.
d) Ninguna es correcta.

107. Según el modelo de manejo de caries CAMBRA (mayores de 6 años), se considera de alto riesgo, la siguiente situación clínica:

a) Paciente con antecedentes de realización de restauración hace 4 años.
b) Paciente con lesión de mancha blanca, rugosa.
c) Paciente con antecedente de realización de restauración hace 2 años, consumidor de cocaína, placa bacteriana visible en la superficie dental y tasa de flujo salival estimulada de 0,5ml/min.
d) Paciente con alto consumo de azúcares refinados entre horas.

108. Ante un paciente de 13 años con un riesgo moderado de caries según CAMBRA, deberíamos de:

a) Únicamente deberemos reforzar el control mecánico de la placa, realizar consejo dietético e indicar el uso de pasta dentífrica fluorada.
b) Aplicar barniz de flúor en cada visita de control, y estas realizarlas cada 4-6 meses, reevaluando además posibles cambios en el riesgo presente.
c) Realización de tests salivales, para la evaluación de la capacidad tampón.
d) Realizar control radiográfico con aletas de mordida cada 24-36 meses.



109. ¿Cuál de los siguientes NO se considera un factor protector, en relación al riesgo de caries en mayores de 6 años, según CAMBRA?

a) No presentar antecedentes familiares de caries dental.
b) Vivir en una comunidad fluorada.
c) Presentar una tasa de flujo salival estimulada por encima de 1ml/min.
d) Utilizar chicles con xilitol 4veces/día los últimos 6 meses.

110. ¿Cuál de los siguientes se considera un "Indicador de Enfermedad" y no un "Factor de Riesgo" según el modelo CAMBRA para mayores de 6 años?

a) Tener placa bacteriana visible en la inspección clínica.
b) Consumo de carbohidratos fermentables más de 3 veces al día entre las comidas.
c) Presencia de una lesión de mancha blanca activa.
d) Presencia de raíces expuestas por recesión gingival.

111. ¿Cuál de los siguientes se considera un factor de riesgo para la caries dental en menores de 6 años, según CAMBRA?

a) Nivel socioeconómico bajo.
b) Presencia de caries en progenitores en el último año.
c) Ser inmigrante reciente.
d) Todas las respuestas son correctas.

112. En cuanto al manejo de la caries en función del riesgo, es FALSO que:

a) En riesgo moderado se recomienda tratamiento restaurador en lesiones con códigos 3-6 del ICDAS II.
b) En riesgo alto se recomienda valoración de fosas y fisuras retentivas.
c) En riesgo extremo se recomienda reevaluación del riesgo cada 3 meses.
d) En riesgo bajo se recomienda xilitol en forma de caramelos o chicles (6-10 g/día).

113. En el "iceberg de la caries dental" de Pitts (1997), es cierto que:

a) El estadio C2 incluye lesiones limitadas al esmalte sin solución de continuidad.
b) En la base del iceberg, se localizan las lesiones iniciales microscópicas subclínicas.
c) El estadio C4 recoge las lesiones en la dentina que son diagnosticadas clínicamente.
d) El estadio C1 corresponde con lesiones no visibles a la inspección localizadas en esmalte.

114. Una persona paciente adulta joven presenta lesiones iniciales de caries (ICDAS 1–2 en varias superficies) y una frecuencia elevada de ingesta de azúcares entre comidas, por lo que se clasifica como riesgo moderado de caries. ¿Cuál de las siguientes estrategias de manejo es la más adecuada e integral según este nivel de riesgo?

a) Refuerzo del control mecánico de placa y uso de dentífrico fluorado, con revisiones cada 6-12 meses y radiografías cada 24-36 meses.
b) Incorporación de xilitol (6-10 g/día), enjuagues de fluoruro sódico al 0,05% diarios, clorhexidina en ciclos mensuales, barniz de flúor en cada control, radiografías cada 18-24 meses y sellado de lesiones ICDAS 1–2.
c) Aplicación de pasta de fosfato cálcico dos veces al día, test salivales periódicos y controles radiográficos cada 6-18 meses.
d) Tratamiento restaurador inmediato de todas las lesiones detectadas, sin necesidad de medidas preventivas adicionales ni reevaluación del riesgo.

115. Una persona paciente acude a consulta para valoración de riesgo de caries. En la anamnesis refiere bajo nivel socioeconómico, consumo habitual de antidepresivos y antihipertensivos, y una dieta con ingesta frecuente de azúcares entre comidas. En la exploración clínica presenta índices de placa elevados y restauraciones con márgenes defectuosos. En las pruebas salivales se obtiene un flujo estimulado de 0,9 ml/min, una capacidad tampón de 4,6 y un recuento de Streptococcus mutans de 10^5 UFC/ml. ¿Cuál de las siguientes interpretaciones globales del riesgo es la más adecuada?

a) Riesgo alto de caries, debido a la combinación de factores sociales, conductuales y clínicos, aunque los parámetros salivales no sean claramente patológicos.
b) Riesgo bajo de caries, ya que el flujo salival y la capacidad tampón se encuentran dentro de valores aceptables.
c) Riesgo moderado de caries, porque los factores presentes son únicamente dietéticos, sin repercusión clínica significativa.
d) Riesgo extremo de caries, porque la presencia de medicación antihipertensiva y antidepresiva determina por sí sola la categoría máxima de riesgo.

116. La mayoría de los modelos predictivos para evaluar el riesgo de caries:

a) Dan un gran peso al criterio subjetivo del dentista.
b) Han sido diseñados básicamente para medir el riesgo a nivel poblacional.
c) No incluyen la exposición a factores protectores.
d) Tienen un poder predictivo moderado a nivel individual.

117. Respecto al uso de selladores de fisura, señale la afirmación correcta:

a) Carecen de indicaciones en la edad adulta.
b) La reducción de caries es menor en dientes temporales que en dientes permanentes.
c) Pueden usarse en lesiones cavitadas incipientes.
d) Están desaconsejados en pacientes asmáticos.

118. Señale el tipo de sellador más recomendable en la actualidad:

a) Sellador transparente, con carga inorgánica.
b) Sellador sin carga y opaco.
c) Sellador a base de ionómero de vidrio.
d) Todas las anteriores son falsas.

119. En relación con la efectividad de los selladores, señale la respuesta correcta:

a) Es cuestionable en poblaciones con abastecimiento de agua fluorada.
b) Es mayor en los selladores con carga.
c) Es mayor del 75% a los dos años de su colocación.
d) Aumenta con el uso de sistemas adhesivos de autograbado.

120. Sobre los selladores de fisuras, es FALSO que:

a) La adhesión al esmalte del sellador está basada en el grabado ácido.
b) La ventaja de los selladores de ionómero de vidrio es la mayor solubilidad.
c) El grabado debe durar entre 30 y 60 segundos.
d) Los adhesivos autograbantes tienen una mayor filtración marginal.

121. Entre las siguientes afirmaciones acerca de los selladores de fosas y fisuras, cuál es la FALSA:

a) Se trata de un dimetracrilato de Bis GMA.
b) Reducen la incidencia de caries oclusales en un 59 % después de 4 años.
c) Se pueden aplicar en molares parcialmente erupcionados.
d) Su pérdida en los primeros 3 meses responde a un fallo técnico.

122. Indicar la respuesta correcta en el sellado de fisuras:

a) Los selladores con ionómero de vidrio son más eficaces que los de resina simple.
b) Ensanchar previamente las fisuras con fresa a alta velocidad mejora la retención.
c) Los selladores de ionómero de vidrio se aplican en casos de difícil control de la humedad
d) La aplicación previa de flúor en los surcos, disminuye la retención del sellador.

123. Al realizar un sellado de fisuras "terapéutico" sobre una lesión de caries incipiente, ¿cuál es el factor determinante para el éxito del tratamiento a largo plazo?

a) El uso de un sellador con alta carga de relleno para resistir la masticación.
b) La aplicación previa de un sistema adhesivo de grabado total.
c) Lograr un sellado marginal periférico perfecto que aísle las bacterias de sus fuentes de nutrientes.
d) La profundidad de la fisura, que debe ser de al menos 1 mm para retener el material.

124. ¿Cuál es el protocolo de actuación recomendado ante la presencia de un sellador de fisuras parcialmente perdido en una revisión rutinaria?

a) Aplicar flúor tópico sobre la zona expuesta y esperar a que el resto se caiga solo.
b) Retirar la totalidad del material remanente con fresa de diamante y volver a sellar desde cero.
c) Eliminar los restos de sellador que estén sueltos, limpiar la zona, volver a grabar y rellenar el defecto.
d) Considerar que el diente ya está protegido por los "tags" internos y no intervenir.

125. ¿Qué ventaja clínica principal ofrecen los selladores de ionómero de vidrio sobre los de resina en el contexto de programas de salud pública comunitaria?

a) Una mayor resistencia al desgaste oclusal en pacientes bruxistas.
b) Una retención mecánica superior a largo plazo (más de 10 años).
c) Un tiempo de polimerización mucho más rápido bajo el agua.
d) Su menor sensibilidad a la técnica, permitiendo el sellado de dientes parcialmente erupcionados con control de humedad difícil.

126. Al evaluar el riesgo de caries para indicar un sellador, ¿cuál de estos factores se considera de "alto riesgo"?

a) El uso de seda dental solo una vez por semana.
b) La presencia de manchas extrínsecas por la dieta.
c) La presencia de lesiones de caries activas en otros dientes de la boca o experiencia previa de caries.
d) Tener más de dos hermanos con caries.

127. ¿Qué técnica de limpieza previa ofrece los mejores valores de retención para el sellador?

a) Simple cepillado manual por parte del/de la niño/a.
b) Limpieza profesional con cepillo rotatorio y agua o mediante sistemas de aire-abrasión.
c) Uso de pasta profiláctica con flúor.
d) Lavado con jeringa de aire-agua exclusivamente.

128. En una persona paciente de 7 años con hipomineralización incisivo-molar leve, ¿qué estrategia de sellado ofrece mayor predictibilidad ante la estructura anómala del esmalte?

a) Sellador de resina convencional tras grabado con ácido fosfórico de 60 segundos.
b) Uso de cemento de ionómero de vidrio de alta viscosidad debido a su adhesión química al esmalte deficiente.
c) Evitar el sellado y aplicar exclusivamente barniz de flúor trimestral.
d) Ameloplastia agresiva con fresa de diamante para buscar esmalte sano periférico.

129. En la técnica de aplicación de un sellador, ¿cuál es el tiempo de lavado recomendado tras el grabado con ácido fosfórico para asegurar la eliminación total de los precipitados de fosfato cálcico?

a) Un mínimo de 15 a 20 segundos de lavado abundante con agua.
b) 5 segundos con spray de aire-agua es suficiente.
c) No es necesario lavar si se usa un adhesivo autograbante.
d) 60 segundos para compensar la dureza del esmalte infantil.

130. Entre las siguientes indicaciones de los selladores de fosas y fisuras hay una que NO es correcta.

a) Indicados exclusivamente en niños/as y adolescentes con alto riesgo de caries
b) Indicados en personas pacientes discapacitadas con dificultades de realizar una higiene adecuada.
c) Ante la presencia de un primer molar permanente careado estará indicado sellar los restantes molares permanentes.
d) Indicados en niños/as con elevada propensión a desarrollar caries en dentición temporal.

131. Señale la afirmación correcta en relación con la estomatitis aftosa:

a) Las aftas mayores presentan úlceras con bordes evertidos.
b) Las aftas mayores generalmente comienzan después de la pubertad.
c) Las aftas menores son más frecuentes en el paladar.
d) Las aftas mayores son la presentación más frecuente en la estomatitis aftosa.

132. Señale la enfermedad general que más comúnmente se asocia al liquen plano oral:

a) Hipercolesterolemia.
b) Diabetes mellitus.
c) Anemia ferropénica.
d) Hipotiroidismo.

133. Señale el síntoma que NO suele aparecer en las pacientes con síndrome de boca ardiente:

a) Disgeusia.
b) Quemazón lingual.
c) Insomnio.
d) Xerostomía.

134. Acude un paciente joven con lesiones aftosas múltiples de repetición en mucosa oral de revestimiento. Señale el trastorno general que NO se considera facilitador del trastorno oral que padece:

a) Neutropenia cíclica.
b) Déficit de vitamina B12 y/o de ácido fólico.

c) Enfermedad inflamatoria intestinal.
d) Hipercolesterolemia.

135. Señale el factor que suele estar estrechamente relacionado con una estomatitis protética:

a) Presentar una rehabilitación dental superior sobre implantes.
b) Consumir alcohol en exceso.
c) Portar continuamente una prótesis removible.
d) Padecer una eritroplasia.

136. Señale la característica que corresponde al eritema multiforme oral:

a) Tiene un desarrollo crónico.
b) Con frecuencia aparece tras una infección herpética.
c) No suelen aparecer lesiones cutáneas.
d) Es más frecuente en pacientes mayores de 60 años.

137. Señale la sentencia correcta en relación con la queilitis granulomatosa:

a) No se suele asociar a parálisis facial.
b) Se debe descartar una enfermedad de Crohn.
c) Solo se suele afectar el labio superior.
d) Aparece desde la infancia.

138. El fármaco que ha demostrado ser más útil en los pacientes con síndrome de boca ardiente es el:

a) Clonazepam.
b) Miconazol.
c) Diazepam.
d) Fluconazol.

139. Señale la situación en la que es más frecuente la glositis migratoria:

a) Pacientes con lengua fisurada.
b) Pacientes con eritema multiforme en piel.
c) Personas que realizan enjuagues prolongados con clorhexidina.
d) Pacientes con hiposialia.

140. El liquen plano oral se manifiesta en las encías como:

a) Gingivitis ulcerativa necrosante.
b) Gingivitis herpetiforme.
c) Gingivitis descamativa crónica.
d) Penfigoide mucoso.



141. Señale la afirmación que es cierta en relación con la eritroplasia:

a) Su tratamiento es quirúrgico.
b) Es una lesión dura a la palpación.
c) Se relaciona con prótesis mal ajustadas.
d) Es el trastorno oral potencialmente maligno más frecuente.

142. En cuanto a las infecciones fúngicas en la cavidad oral, es FALSO que:

a) Los factores de virulencia de Candida albicans están controlados por genes como HEX1, SAP1-SAP10 y aINT1.
b) Los azoles inhiben el metabolismo de antihistamínicos H2.
c) La candidiasis eritematosa aguda es la forma de candidiasis oral más común en las personas infectadas por el VIH.
d) Los fármacos antifúngicos pueden inhibir el 1,3-b-D-glucano de la pared (equinocandinas).

143. Es FALSO que:

a) Ibrexafungerp actúa contra el 1,3-b-D-glucano.
b) La interacción farmacológica del isavuconazol es menor que la de otros azoles.
c) La prolongación del segmento ST es uno de los efectos adversos más frecuentes del posaconazol.
d) El itraconazol está contraindicado en pacientes con insuficiencia cardíaca.

144. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

a) Candida krusei es resistente al fluconazol.
b) En la enfermedad refractaria al fluconazol se recomienda emplear clotrimazol.
c) Se han notificado casos excepcionales de fallo renal fulminante con voriconazol.
d) En la enfermedad refractaria al itraconazol se recomienda emplear fluconazol.

145. Es FALSO que:

a) La lengua fisurada aumenta con la edad.
b) La estomatitis protética tipo I se corresponde con lesiones inflamatorias limitadas con presencia de hemorragias petequiales.
c) En la glositis romboidal media se produce una hipertrofia eritematosa nodular característica de las candidiasis hipertróficas crónicas.
d) La tinción de metenamina de plata de Gomori-Grocott resalta las estructuras fúngicas presentes en los tejidos.

146. En relación a la estomatitis aftosa recurrente, señale la afirmación FALSA:

a) Se debe descartar patología sistémica, incluyendo diabetes mellitus.
b) Es la principal causa de lesión ulcerada en niños.
c) Puede estar asociada a enfermedad inflamatoria intestinal.
d) Es más habitual en pacientes no fumadores.



147. En relación a la lengua vellosa, señale la afirmación INCORRECTA:

a) Dentro de los fármacos más asociados a su aparición se encuentran la eritromicina y la olanzapina.
b) La primera línea de tratamiento consiste en la utilización de agentes queratolíticos.
c) Las papilas linguales afectadas son las papilas filiformes.
d) Habitualmente da lugar a disgeusia y sensación de cuerpo extraño.

148. ¿Cuál de los siguientes tratamientos presenta un mayor nivel de evidencia en el manejo clínico del síndrome de boca ardiente?

a) Clonazepam 1 mg chupado/8h.
b) Capsaicina 0,025% en gel/8h.
c) Gabapentina 300 mg/8h.
d) Ácido alfa-lipoico 200 mg/8h.

149. En relación con el pénfigo, es cierto que:

a) En el pénfigo vegetante hay anticuerpos IgG circulantes contra Dsg2 y Dsc1.
b) En la inmunofluorescencia directa se observan anticuerpos circulantes anti-superficie de las células epiteliales fundamentalmente IgG4 e IgG1, y menos frecuentemente la IgG3.
c) En el pénfigo se ha descrito una cierta susceptibilidad mayor con la presencia de ciertos factores de histocompatibilidad como: HLA-A10, HLA-A26 y DR4.
d) En la inmunofluorescencia indirecta se observa principalmente IgG en los espacios intercelulares del epitelio y mucho menos frecuente IgM.

150. En relación con los corticosteroides tópicos habitualmente empleados en el tratamiento de enfermedades mucocutáneas con manifestaciones orales, ¿cuál de los siguientes principios activos y concentraciones empleados en cremas y geles es FALSO?

a) Triamcinolona 0,01 %.
b) Triamcinolona 0,1 %.
c) Triamcinolona 0,5 %.
d) Fluocinolona 0,05 %.

151. ¿Cuál de las siguientes forma parte de las reacciones liquenoides?

a) Reacciones liquenoides por radioterapia.
b) Reacciones liquenoides por artritis reumatoide.
c) Reacciones liquenoides por gingivitis descamativa crónica.
d) Reacciones liquenoides por fármacos.



152. Respecto al tratamiento del liquen plano oral…

a) Se tratan todas las formas.
b) El tratamiento es preferiblemente sistémico en las formas atrófico-erosivas.
c) No se utiliza nunca el propionato de clobetasol.
d) En ocasiones es necesaria la infiltración perilesional de preparados depot.

153. ¿Cuál de las siguientes NO se considera una enfermedad ampollar?

a) Pénfigo.
b) Esclerodermia, en su variante vesicular.
c) Penfigoide.
d) Dermatitis herpetiforme.

154. En el tratamiento de la gingivoestomatitis herpética primaria EVITARÍAMOS prescribir:

a) Antipirético y analgésico.
b) Hidratación forzosa.
c) Aciclovir.
d) Amoxicilina.

155. En cuanto a los diagnósticos diferenciales de tumores malignos de los tejidos blandos de la cavidad oral, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta?

a) Un diagnóstico diferencial del rabdomiosarcorma debería realizarse con histiocitosis de células de Langerhans.
b) Un diagnóstico diferencial del fibrosarcoma debería realizarse con osteosarcoma.
c) Un diagnóstico diferencial de melanoma maligno debería realizarse con mácula melanótica.
d) Un diagnóstico diferencial de Sarcoma de Kaposi debería realizarse con ameloblastoma.

156. En la prueba de flujo salival no estimulado, los valores normales sialométricos son:

a) 0,1 – 0,2 ml/min.
b) 0,3 – 0,4 ml/min.
c) 1 – 2 ml/min.
d) 2 – 4 ml/min.

157. Una neoplasia de glándula salival tiene mayor probabilidad de ser maligna cuando se localiza en la:

a) Parótida.
b) Glándula salival menor en paladar.
c) Glándula submaxilar.
d) Glándula sublingual.



158. Acude a consulta una paciente de 58 años que presenta múltiples caries cervicales en los dientes anteriores y conjuntivitis de repetición. Señale el trastorno que debemos pensar que padece:

a) Síndrome de Sjögren.
b) Bulimia.
c) Hipotiroidismo.
d) Esclerosis lateral amiotrófica.

159. Señale la primera patología a descartar ante una lesión nodular dura, en el lateral del paladar duro:

a) Torus palatino.
b) Diapneusia.
c) Neoplasia salival.
d) Fibroma traumático.

160. Señale la afirmación correcta en relación a la sialoadenosis:

a) Es más frecuente en glándulas submaxilares.
b) Tiene predilección por el sexo femenino.
c) La afectación suele ser bilateral.
d) Se asocia a xerostomía.

161. Indique en qué glándula son más frecuentes las sialolitiasis:

a) La glándula sublingual.
b) La glándula submandibular.
c) La glándula parótida.
d) Las glándulas salivares palatinas.

162. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a) El linfoma de células B de la zona marginal extranodal se desarrolla generalmente sobre una sialoadenitis linfoepitelial en pacientes que presentan síndrome de Sjögren.
b) El tumor de Whartin, histopatológicamente, es un tumor característico, bien circunscrito, quístico, papilar, áreas líquidas, con un epitelio oncocítico eosinofílico tricapa, sobre un estroma linfoide policlonal con linfocitos T, B y células plasmáticas, que en ocasiones muestra centros germinales.
c) El adenoma de células basales (tipo membranoso) es una neoplasia salival benigna con baja tendencia a recidivar.
d) Todas las afirmaciones anteriores son ciertas.

163. ¿Cuál de los siguientes signos NO forma parte del cuadro clínico de la sialolitiasis?

a) Cólicos salivares.
b) Drenado de exudado purulento.

c) Hipertrofia compensatoria de la glándula contralateral.
d) Dolor glandular a la palpación.

164. La sialoadenosis…

a) Se presenta esencialmente en las glándulas submaxilares.
b) Se caracteriza por una destrucción del parénquima glandular.
c) Se presenta como una tumefacción bilateral.
d) Es una enfermedad inflamatoria de las glándulas salivares.

165. En cuanto a los tumores de las glándulas salivales, es correcto que:

a) Muchos de los carcinomas mucoepidermoides, de grado alto o intermedio, muestran característicamente la translocación t (10;18).
b) El cistoadenoma es una neoplasia maligna quística que predomina en los hombres.
c) En el adenoma pleomórfico se han descrito deleciones y translocaciones y otras alteraciones en varias regiones génicas (8q12, 16p, 12q 14-15).
d) Todas las afirmaciones anteriores son correctas.

166. En el síndrome de Sjögren, es FALSO que:

a) Las alteraciones hematológicas más frecuentes son anemia, pancitopenia y gammapatía monoclonal.
b) Dentro de los criterios diagnósticos según Shiboski y cols. 2016, la presencia de anticuerpos anti-Ro/SSA positivos suponen 1 punto.
c) Se ha detectado asociación con los alelos DR2 y DR3, y una fuerte relación entre los autoanticuerpos anti-Ro/SSA y anti-La/SSB.
d) El rituximab se recomienda como primera opción de agente biológico en el control de las manifestaciones extraglandulares o de parotidomegalia, cuando el tratamiento convencional no es suficiente.

167. Señale la afirmación correcta en relación con la gingivitis necrosante:

a) Las lesiones ulceradas se asocian a áreas hiperqueratósicas.
b) Las ulceraciones comienzan en las papilas interdentales.
c) Se trata con aciclovir.
d) Está contraindicada la limpieza quirúrgica de las encías.

168. El determinante más importante para alcanzar el éxito en el tratamiento en la enfermedad periodontal es:

a) La respuesta inmunitaria del huésped.
b) El tipo de bacterias que forman la flora endógena.
c) El inicio del tratamiento antes de la fase de movilidad I.
d) El cumplimiento del paciente con el protocolo recomendado por el dentista.



169. Indique la afirmación correcta en relación con la periodontitis:

a) La profundidad del sondaje se relaciona directamente con la gravedad.
b) Las manifestaciones clínicas de la periodontitis crónica aparecen después de los 30 años.
c) El tabaco magnifica la respuesta del tejido hacia la placa bacteriana.
d) El raspaje radicular es una terapia coadyuvante del tratamiento antibiótico.

170. Señale una característica propia de la periodontitis agresiva o de grado C:

a) Presentar lesiones radiológicas con un patrón denominado “en arco y en espejo”.
b) Los segundos molares son los más frecuentemente dañados.
c) Ser frecuente en individuos con algún déficit inmunitario.
d) No asociarse a factores microbiológicos concretos.

171. Señale la afirmación correcta en relación con la medición de la pérdida de inserción:

a) La medida de pérdida de inserción está incorporada en el índice CPITN de la OMS.
b) El Índice Periodontal Comunitario registra la pérdida de inserción en mayores de 20 años.
c) Para su valoración es necesario conocer la profundidad de bolsa.
d) La referencia necesaria para su medición es la línea amelocementaria.

172. Señale la patología oral relacionada con un mal control de la diabetes mellitus del adulto:

a) Cáncer oral.
b) Edentulismo.
c) Enfermedad periodontal.
d) Candidiasis pseudomembranosa.

173. Indique el fármaco de elección para tratar la gingivitis necrosante:

a) Ciprofloxacino.
b) Doxiciclina.
c) Azitromicina.
d) Metronidazol.

174. En las enfermedades sistémicas relacionadas con la enfermedad periodontal, es FALSO que:

a) En las personas pacientes que presentan mutación del gen que codifica la catepsina C es un hallazgo frecuente la periodontitis de progresión rápida.
b) Las personas pacientes que desarrollan episodios cíclicos de disminución en el número de neutrófilos suelen desarrollar periodontitis de progresión rápida.
c) Los pacientes con agranulocitosis congénita tienen enfermedades infecciosas, siendo la periodontitis una de las más frecuentes.

d) En los cuadros clínicos que cursan con granulomatosis orofacial la presentación de destrucción periodontal es muy frecuente.

175. ¿Cuál de las siguientes inmunodeficiencias primarias NO genera como manifestación oral periodontitis?

a) Síndrome Chediak-Higashi.
b) Síndrome Papillon-Lefèvre.
c) Síndrome Hiper-IgD.
d) Deficiencia de adhesión leucocitaria.

176. Señale cuál de las siguientes características es correcta en la periodontitis:

a) Es una enfermedad inflamatoria aguda de causa infecciosa.
b) La destrucción de los tejidos de sujeción del diente es irreversible.
c) La gravedad se evalúa mediante la profundidad de bolsa medida con sonda periodontal.
d) Su curso natural alcanza progresivamente a la totalidad de la dentición.

177. Si la sonda periodontal atraviesa la zona de las furcaciones radiculares de lado a lado, se gradúa como:

a) Afectación de grado 3.
b) Afectación de grado 4.
c) Afectación de grado 5.
d) Furca excluida.

178. La gingivitis clínica e histológicamente establecida aparece:

a) Tras 5 a 7 días de acumulación de placa bacteriana.
b) Tras 7 días de acumulación de placa bacteriana.
c) Tras 7 días de acumulación de placa en presencia de cálculo periodontal.
d) Tras dos o tres semanas de acumulación de placa bacteriana.

179. Señale qué característica es cierta para la clorhexidina:

a) Su efecto se puede prolongar entre 7 y 12 horas.
b) Su uso frecuente induce resistencias bacterianas.
c) Es fácil formularla en la composición de las pastas dentífricas.
d) Su formulación en spray la incluye entre los cariostáticos de primera línea.

180. La referencia indispensable para medir la pérdida de inserción periodontal es:

a) La cresta alveolar vestibular.
b) La cresta alveolar interdental.
c) La línea amelocementaria (LAC).
d) La papila interdental.

181. Señale cuál de los siguientes elementos NO es necesario para valorar el estadio de la enfermedad periodontal:

a) Pérdida de inserción clínica (CAL).
b) Profundidad de sondaje.
c) Consumo de tabaco.
d) Pérdida dentaria por periodontitis.

182. Una persona paciente con una pérdida de inserción clínica ≥5 mm, nivel de hueso en el tercio medio de la raíz y profundidades de sondaje de 6-7 mm, además de fumador de 15 cigarrillos al día, ¿qué estadio y grado de periodontitis padece?

a) Estadio II grado C.
b) Estadio III grado B.
c) Estadio III grado C.
d) Estadio IV grado C.

183. Señale la afirmación INCORRECTA respecto al hilo dental:

a) Puede llegar a eliminar hasta el 80 % de la placa interproximal.
b) Se recomienda su uso cuando la papila cubre completamente el espacio interdental.
c) No hay diferencia en la efectividad entre el hilo con cera o sin cera.
d) El uso del hilo sin cera se recomienda en pacientes con contactos interproximales muy cerrados.

184. Señale la afirmación INCORRECTA en relación con la formación del cálculo dental:

a) Siempre viene precedida por la formación del biofilm.
b) El biofilm subgingival se mineraliza principalmente por la precipitación de sales minerales de la saliva.
c) La matriz intermicrobiana del biofilm, así como las propias bacterias, sirven de andamiaje para la mineralización.
d) La mineralización se produce desde las zonas interiores del biofilm hacia el exterior en anillos concéntricos, llamados anillos de Liesegang.

185. Respecto al uso de cepillos manuales y eléctricos para el control de placa, es cierto que:

a) Los cepillos eléctricos aumentan las cifras de cumplimiento de las instrucciones de higiene oral.
b) Los cepillos eléctricos necesitan más tiempo para eliminar la placa que los manuales.
c) Entre los cepillos eléctricos, los de acción de rotación-oscilación muestran mejores resultados en eliminación de placa.
d) a) y c) son ciertas.

186. Un sondaje amplio de 9 mm en la superficie vestibular de un diente, indica una lesión endoperiodontal:

a) Grado 1.
b) Grado 2.
c) Grado 3.
d) Por reabsorción radicular externa.

187. ¿Cuál de los siguientes factores de complejidad es el principal determinante para clasificar un caso de periodontitis como estadio IV?

a) La presencia de defectos óseos verticales ≥ 3 mm.
b) Una profundidad de sondaje máxima ≥ 6 mm.
c) La necesidad de una rehabilitación compleja debido a disfunción masticatoria, colapso de mordida o movilidad dental grado ≥ 2.
d) La presencia de afectación de furca Clase II o III.

188. Ante el riesgo de endocarditis infecciosa, NO sería necesaria la profilaxis antibiótica en la siguiente situación:

a) Realizar procedimientos prostodóncicos fijos.
b) Una extracción dental simple.
c) Un sangrado por traumatismo en mucosa labial.
d) Realizar un raspaje y alisado radicular.

189. Ante el antecedente de un accidente vascular cerebral ¿Cuál es el lapso de tiempo prudencial antes de realizar una extracción dental?:

a) 1 año.
b) 6 meses.
c) 3 meses.
d) 1 mes.

190. En relación con los pacientes en tratamiento con fármacos que pueden producir osteonecrosis de los maxilares, es FALSO que:

a) Denosumab no se introduce dentro de la matriz ósea.
b) Denosumab es un anticuerpo monoclonal que se une al RANKL.
c) El 90 % de las osteonecrosis de los maxilares por fármacos están producidas por risedronato.
d) La determinación en suero de telómero C-terminal de colágeno 1 es un marcador serológico producto de la degradación del colágeno 1.

191. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta referida a los valores normales de telómero C-terminal de colágeno 1 (CTX) en suero?

a) Los valores normales de telómero C-terminal de colágeno 1 (CTX) en suero son de 100-150 pg/ml.

b) Los valores normales de telómero C-terminal de colágeno 1 (CTX) en suero son de 150-300 pg/ml.
c) Los valores normales de telómero C-terminal de colágeno 1 (CTX) en suero son de 200-250 pg/ml.
d) Los valores normales de telómero C-terminal de colágeno 1 (CTX) en suero son de 300-550 pg/ml.

192. Es FALSO que:

a) Bevacizumab es un fármaco antiangiogénico que se administra por vía intravenosa.
b) La determinación de los valores séricos de la fosfatasa alcalina ósea permitiría evaluar el nivel de destrucción de hueso.
c) Los valores séricos de factor de crecimiento endotelial vascular están en relación con la supresión de la angiogénesis que producen los bisfosfonatos.
d) Zoledronato es un bisfosfonato que se administra por vía intravenosa.

193. En las enfermedades hereditarias con afectación a nivel oral, señale la verdadera:

a) La fisura del labio unilateral se asocia con más frecuencia a la fisura de paladar y tiene mayor relación con la herencia y con síndromes malformativos.
b) En la enfermedad de Marie-Sainton los dientes permanentes tienen raíces cortas y hay presencia de supernumerarios.
c) En el síndrome de Crouzon se presenta hipoplasia mandibular.
d) En la displasia maxilo-nasal se desarrolla una maloclusión de clase II.

194. En relación al manejo odontológico del/la paciente con patología cardiovascular, señale la afirmación ERRÓNEA:

a) En caso necesario, ante un/una paciente con antecede de infarto de miocardio reciente, el anestésico de elección sería la mepivacaína sin vasoconstrictor.
b) La prescripción de AINE se realizará teniendo en cuenta los fármacos antihipertensivos que consuma el/la paciente.
c) Se recomienda realizar el tratamiento odontológico lo antes posible, en el menor número de sesiones.
d) La periodontitis se ha descrito como un factor de riesgo en relación a la enfermedad coronaria.

195. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones orales NO se considera un hallazgo asociado a hepatitis C?

a) Liquen plano oral.
b) Candidiasis oral.
c) Linfoma no Hodgkin.
d) Presencia de petequias o equimosis.



196. De los siguientes hallazgos odontológicos, ¿cuál NO está asociado a la insuficiencia renal crónica?

a) Agenesias dentales.
b) Hipoplasias del esmalte.
c) Halitosis y disgeusia.
d) Lesiones centrales de células gigantes.

197. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones orales NO se asocia a un trasplante de médula ósea alogénico?

a) Hiposialia.
b) Ulceraciones orales.
c) Carcinoma oral de células escamosas.
d) Granuloma piogénico.

198. En relación a las reacciones adversas medicamentosas, señale la afirmación FALSA:

a) Puede asociarse a un incumplimiento de la pauta de administración.
b) Son la forma más frecuente de enfermedad iatrogénica.
c) Las de tipo A están asociadas a un efecto aumentado o exagerado de un fármaco, relacionadas con su acción farmacológica.
d) Se considera un efecto nocivo no deseado, no intencional, de un fármaco administrado con una posología adecuada.

199. En relación a la atención odontológica de un paciente con esclerosis múltiple, deberemos:

a) Evitar la prescripción de tramadol.
b) Valorar el uso del fluoruro diamino de plata en lesiones de caries incipiente.
c) Evaluar las odontalgias con especial precaución debido a la alta prevalencia de neuralgia del trigémino.
d) Todas las respuestas son ciertas.

200. Para mejorar la atención odontológica ante un/a paciente con ceguera, deberemos implementar las siguientes medidas, EXCEPTO:

a) Permitir al paciente un mayor contacto físico con el entorno clínico.
b) Evitar los sabores fuertes.
c) Fomentar el acompañamiento del/la paciente.
d) Entregar las indicaciones grabadas con audio.

201. En relación, a las manifestaciones orales del paciente con parálisis cerebral, señale la afirmación FALSA:

a) El 70% de los pacientes presentan un hábito parafuncional continuo, especialmente los pacientes con parálisis cerebral de tipo espástica.

b) Presentan una incidencia de traumatismos dentales similar a la población general.
c) Es habitual el retraso eruptivo de dientes permanentes.
d) El babeo es debido a una sialorrea verdadera.

202. En relación a la agranulocitosis asociada a fármacos, señale la afirmación FALSA:

a) Es una complicación rara, pero predecible.
b) El metamizol es uno de los fármacos que puede generarla.
c) Puede generar necrosis gingival acompañada de dolor intenso.
d) Todos las anteriores son correctas.

203. Según el Boletín INFAC ¿Cuál de las siguientes situaciones clínicas, requiere consumo de antibióticos?

a) Periimplantitis.
b) Absceso periapical agudo en paciente sin compromiso sistémico.
c) Pulpitis irreversible sintomática en paciente con Diabetes Mellitus mal controlada.
d) Necrosis pulpar.

204. En pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, se debe de tener en consideración para el manejo odontológico:

a) Hay que evitar, en la medida de lo posible, las infiltraciones palatinas posteriores y tronculares mandibulares.
b) Son pacientes con predisposición a presentar candidiasis.
c) Se recomienda el uso de pulsioxímetro durante la realización del tratamiento dental.
d) Todas son correctas.

205. Ante una crisis hipertensiva en el gabinete dental (tensión arterial sistólica >210 o diastólica >120 mm Hg), ¿cuál de las siguientes indicaciones NO es correcta?

a) Contactar con asistencia médica y, si existen síntomas de ansiedad, administrar diazepam vía oral (5-10mg).
b) Administrar captopril 25 mg v.o.
c) Permitir al paciente permanecer en reposo.
d) Todas son ciertas.

206. En relación al angioedema, señale la afirmación FALSA:

a) No se ha descrito vinculado a tratamientos odontológicos, pero su importancia radica en que las manifestaciones suelen ser en la región perioral.
b) Ocasionalmente puede estar asociada al consumo de fármacos.
c) Puede estar asociado a déficit del inhibidor de la enzima C1 esterasa.
d) El tratamiento es realizado con antihistamínicos y/o corticoides.

207. ¿Cuál de los siguientes fármacos o grupos farmacológicos NO se asocia habitualmente con la aparición de xerostomía?

a) Antidepresivos tricíclicos.
b) Antihistamínicos.
c) Diuréticos.
d) Antibióticos.

208. El paciente asmático que acude a la consulta dental para recibir tratamiento:

a) Deberá llevar el inhalador y, utilizarlo profilácticamente en consulta, si presenta un asma crónico moderado o grave.
b) No se le deberá recetar AINE.
c) a) y b) son ciertas.
d) Ninguna es cierta.

209. Durante la toda la gestación y la lactancia podremos utilizar:

a) Lidocaína, ibuprofeno y cefalosporinas.
b) Lidocaína, paracetamol y penicilinas.
c) Mepivacaína, aspirina y clindamicina.
d) Mepivacaína, ibuprofeno y cefalosporinas.

210. Según las recomendaciones actuales, ¿en cuál de estos pacientes está estrictamente indicada la profilaxis de endocarditis antes de un tratamiento periodontal invasivo?

a) Paciente con un soplo funcional detectado en la infancia.
b) Paciente con una comunicación interauricular no reparada.
c) Paciente portador de una prótesis valvular cardíaca (mecánica o biológica).
d) Paciente con antecedentes de infarto de miocardio hace más de un año.

211. A la hora de realizar un tratamiento dental electivo en un paciente oncológico pediátrico:

a) En caso de que el recuento de neutrófilos sea inferior a 5.000 por milímetro cúbico deberemos diferir el tratamiento.
b) En caso de que el recuento de plaquetas sea inferior a 60.000 por milímetro cúbico deberemos diferir el tratamiento.
c) En caso de que el recuento de neutrófilos sea inferior a 1.000 por milímetro cúbico deberemos diferir el tratamiento.
d) En caso de que el recuento de plaquetas sea inferior a 50.000 por milímetro cúbico deberemos diferir el tratamiento.

212. De los datos expuestos, señale el más sugestivo de que un/una paciente puede estar infectado por el VIH:

a) Diarrea persistente.
b) Anemia ferropénica.



c) Pérdida de cabello.
d) Hiposialia.

213. Señale las localizaciones orales más frecuentes del sarcoma de Kaposi asociado al SIDA:

a) Lengua y labios.
b) Paladar duro y encía.
c) Parótida y orofaríngе.
d) Paladar blando y suelo de boca.

214. Señale la neoplasia maligna oral más frecuentemente asociada a la infección por VIH:

a) Rabdomiosarcoma.
b) Linfoma no hodgkiniano.
c) Carcinoma de células escamosas.
d) Tumor de Ewing.

215. Señale la característica diferencial en las manifestaciones orales del SIDA infantil, respecto del SIDA en el adulto:

a) La hiperplasia epitelial focal.
b) El agrandamiento de la glándula parótida.
c) La macroglosia.
d) El sarcoma de Kaposi.

216. En relación con la infección por VIH, es FALSO que:

a) En un/una paciente con infección por VIH en estadio 2 el contaje CD4+ está entre 200-499 células/mm3 y el porcentaje de CD4+ entre 14-26 %.
b) Los inhibidores de entrada bloquean las proteínas del co-receptor CCR5 en los linfocitos CD4+ necesarias para la entrada del VIH.
c) Si en pacientes con infección por VIH el recuento absoluto de neutrófilos es <500/mm3, se recomienda realizar profilaxis antibiótica previa a tratamientos dentales invasivos.
d) El linfoma Hodgkin es una neoplasia fuertemente asociada con infección por VIH.

217. La infección por VIH en el/la paciente pediátrico/a produce:

a) Hipogammaglobulinemia.
b) Estomatitis herpética recurrente.
c) Hipersialia por hipertrofia parotídea.
d) Periodontitis generalizada.



218. En los/las pacientes VIH+ en tratamiento con terapia antirretroviral (TAR), podemos encontrar una mayor prevalencia de:

a) Hiperpigmentación oral.
b) Xerostomía e hiposialia.
c) Agrandamiento de glándulas salivares (sobre todo de la parótida).
d) Todas las anteriores son ciertas.

219. Paciente VIH, fumador, diabético, que ha sido tratado con amoxicilina/clavulánico recientemente, nos vamos a encontrar con mayor frecuencia:

a) Candidiasis esofágica.
b) En cavidad oral: Candidiasis pseudomembranosa, eritematosa o una queilitis angular.
c) Coccidiomicosis diseminada.
d) Retinitis por citomegalovirus.

220. Señale la característica que se relaciona con una supervivencia mayor en el carcinoma oral de células escamosas:

a) Las formas clínicas exofíticas y no ulceradas.
b) Su ocurrencia en una mujer joven.
c) Tener un tamaño menor de 4 cm de diámetro.
d) Localizarse en el tercio anterior de la lengua.

221. Señale la afirmación cierta en relación con la leucoplasia verrugosa proliferativa:

a) Es una hiperplasia epitelial hiperqueratinizante asociada al virus de Epstein Barr.
b) Es infrecuente en mujeres y en pacientes no fumadores.
c) Presenta un elevado riesgo de desarrollo maligno.
d) Es frecuente en pacientes menores de 40 años.

222. Señale la patología más importante con la que debemos hacer el diagnóstico diferencial ante una lesión tumoral exofítica papilar blanquecina en el paladar:

a) Fibroma traumático.
b) Carcinoma verrugoso.
c) Carcinoma mucoepidermoide.
d) Tumor de células granulares.

223. Un paciente de 63 años, consumidor de tabaco y alcohol, presenta desde hace 20 días, una lesión roja aterciopelada en el suelo de la boca. ¿Cuál es la exploración que deberíamos realizar para alcanzar su diagnóstico?

a) Una citología por raspado.
b) Una biopsia incisional.
c) Una biopsia escisional.
d) Una toma microbiológica.



224. La localización más frecuente del melanoma oral es:

a) El paladar.
b) La lengua.
c) La mucosa yugal.
d) La mucosa retromolar.

225. Señale el dato clínico oral más sugestivo de que un adulto puede padecer una leucemia:

a) Odontalgia persistente.
b) Presencia de manchas violáceas en la mucosa oral.
c) Gingivorragia espontánea.
d) Empalidecimiento mucoso y halitosis.

226. De estos trastornos orales, señale el que se considera que es potencialmente maligno:

a) Leucoplasia vellosa.
b) Glositis rómbica.
c) Leucoedema.
d) Queilitis actínica.

227. El linfoma de Burkitt se relaciona con:

a) *Porphyromonas gingivalis.*
b) El virus de Epstein-Barr.
c) *Candida albicans.*
d) El virus del papiloma humano 16.

228. Señale el trastorno oral potencialmente maligno que se asocia directamente con el consumo de betel:

a) Fibrosis oral submucosa.
b) Leucoplasia Verrugosa Proliferativa.
c) Reacción liquenoide oral.
d) Leucoplasia no homogénea.

229. Señale el dato que NO corresponde a las metástasis orales:

a) Son muy frecuentes en el margen de la lengua y en el paladar.
b) Pueden aparecer como una lesión nodular en la encía.
c) Tienen un desarrollo progresivo de varios meses.
d) Son más comunes en pacientes adultos mayores.

230. Señale el factor facilitador de que aparezca una osteorradionecrosis en un/una paciente tratado por un carcinoma oral de células escamosas:

a) Ser un tumor T3.
b) Padecer diabetes mellitus del adulto.
c) Recibir una dosis de radioterapia de 80 Gys.
d) Estar tomando fármacos antihipertensivos.

231. Señale las localizaciones más frecuentes del carcinoma oral de células escamosas:

a) La mucosa retrocomisural y el dorso de la lengua.
b) La lengua y el suelo de la boca.
c) La mucosa yugal y el paladar.
d) La orofaringe y la mucosa retromolar.

232. Señale el factor de mayor riesgo de desarrollo maligno en una leucoplasia oral:

a) Ser portador de prótesis removibles.
b) Presentar xerostomía – hiposialia.
c) Ser del tipo clínico homogéneo.
d) Presentar displasia epitelial.

233. Es FALSO que:

a) La supervivencia general de las neoplasias salivales malignas es superior al 60 % a los 5 años y al 45 % a los 10 años.
b) Los linfomas salivales son más frecuentes en la sexta década de la vida y muestran un ligero predominio en las mujeres.
c) Se ha considerado que la hiperplasia oncocítica nodular podría ser una lesión reactiva asociada a la infección por HPV53.
d) Los linfoadenomas sebáceos ocurren exclusivamente en la parótida.

234. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) El carcinoma mioepitelial es una neoplasia infrecuente que es una lesión agresiva, ya que en el 33 % el proceso neoplásico es progresivo.
b) El carcinoma de células claras es una infrecuente neoplasia maligna de alto grado constituida por células claras con o sin hialinización.
c) El pronóstico del carcinoma epitelial-mioepitelial es bueno, con un nivel bajo de metástasis y un 40 % de recurrencias.
d) En la gradación histopatológica en el carcinoma mucoepidermoide la presencia de +4 mitosis/10 caa supone 3 puntos.

235. En el cáncer oral, ¿cuál de los siguientes estadios clínicos NO son ciertos?

a) Estadio IVB: T4a cualquier N M0, cualquier TN3M0.
b) Estadio III: T3N0M0 ó T1-3 N1 M0.
c) Estadio II: T2N0M0.

d) Estadio IVC: cualquier T cualquier N M1.

236. En relación con el virus del papiloma humano (VPH) y sus implicaciones etiopatogénicas en el cáncer, es FALSO que:

a) La infección oral persistente por VPH aumenta el riesgo de padecer un carcinoma oral en una población más joven que la que típicamente se ve afectada por el carcinoma oral convencional VPH(-).
b) Una situación favorecedora de la infección por VPH es la inmunosupresión, tanto la asociada a trasplantes como la producida por la infección por VIH.
c) Los carcinomas orales de células escamosas VPH(+) difieren de los carcinomas convencionales VPH(-) asociados al consumo de tabaco y alcohol, presentando como dato principal el tener una mejor tasa general de supervivencia.
d) Los carcinomas VPH(+) aparecen en pacientes más jóvenes (menores de 50 años), histopatológicamente son menos indiferenciados y suelen estar relacionados con comportamientos sexuales de riesgo.

237. ¿Cuál de los siguientes estadios de la leucoplasia oral es FALSO?

a) Estadio 4 L3P2.
b) Estadio 2 L2P0.
c) Estadio 4 L3P1
d) Estadio 3 L1L2P1.

238. La leucoplasia verrugosa proliferativa…

a) Presenta gran tendencia a desarrollar áreas de carcinoma.
b) Es de crecimiento rápido.
c) Desde el inicio ya se evidencian lesiones múltiples.
d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

239. ¿Cuál de las siguientes NO se encuentra entre las complicaciones típicas del tratamiento del carcinoma oral de células escamosas?

a) Mucositis.
b) Melanosis.
c) Alteraciones del gusto.
d) Necrosis de los tejidos blandos.

240. Es cierto respecto a la eritroplasia…

a) Es más frecuente que la leucoplasia.
b) El alcohol y el tabaco no influyen en su desarrollo.
c) Puede ser de aspecto liso o granular.
d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

241. ¿En cuál de las siguientes localizaciones es MENOS frecuente la aparición de un carcinoma oral de células escamosas?

a) Paladar blando.
b) Suelo de boca.
c) Fondo de vestíbulo.
d) Borde lingual.

242. Entre las indicaciones generales para la biopsia oral NO se encuentra:

a) Lesiones sospechosas de malignidad, lesiones precancerosas y ulceraciones crónicas de causa desconocida.
b) Lesiones de etiología desconocida, particularmente cuando se asocian con dolor, parestesia o anestesia.
c) Lesiones aparentemente inflamatorias que mejoran en las dos semanas posteriores a la eliminación de los irritantes locales.
d) Lesiones que interfieren con la función oral.

243. En relación con los procedimientos auxiliares de ayuda al diagnóstico de cáncer oral, es FALSO que:

a) El sistema VELscope® da lugar a una alta tasa de falsos positivos y tiene baja especificidad.
b) El tercer paso a seguir para el uso del azul de toluidina (Mashberg) es enjuague con azul de toluidina al 1 % (tinción).
c) La técnica de autofluorescencia se basa en el fenómeno de reflectancia, en el que se mide la proporción de luz que una superficie es capaz de reflejar.
d) El uso de las tinciones vitales se limita a ser una herramienta de ayuda en el seguimiento de lesiones de alto riesgo y en la decisión de la pertinencia de la toma de biopsia y su localización.

244. Dentro de las alteraciones moleculares en la carcinogénesis, es cierto que:

a) Las que evaden los supresores del crecimiento son p53 y pRb.
b) La habilitación de la inmortalidad replicativa depende de telomerasa y proteínas TERT.
c) Las que sostienen la señalización proliferativa pueden ser: EGFR, c-MET, vía TGFb/SMAD, vías RAS y MAPK.
d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

245. Es FALSO que:

a) Según la 8ª edición del sistema de estadiaje TNM, un carcinoma oral de células escamosas que tiene un tamaño de 3,2 cm y DOI de 3 mm, que ha diseminado a un solo ganglio linfático del mismo lado que el tumor primario y el cáncer detectado en el ganglio mide 2,3 cm y no presenta metástasis a distancia sería Estadio III T2 N1 M0.
b) El cetuximab como agente único es una opción prometedora para pacientes con cáncer de cabeza y cuello recurrentes o metastásicos de células escamosas.

c) En la radioterapia que se aplica de forma externa en el tratamiento del carcinoma oral de células escamosas se administran radiaciones que varían desde 45-70 Gy.
d) En el tratamiento del carcinoma oral, el vaciamiento cervical se realiza según diferentes niveles, así como incluyendo o no el IX par, la vena yugular interna y el músculo esternocleidomastoideo.

246. De los siguientes datos histopatológicos, señale el que NO se corresponde con la displasia epitelial:

a) Crestas epiteliales bulbosas.
b) Mitosis atípicas.
c) Cuerpos de Civatte.
d) Estratificación epitelial irregular.

247. Señale el principal trastorno con el que debemos hacer diagnóstico diferencial ante una lesión quística mucoide submucosa en el labio superior en un hombre de 45 años:

a) Carcinoma basocelular.
b) Carcinoma mucoepidermoide.
c) Queratoacantoma.
d) Adenoma pleomórfico.

248. Una lesión maxilar superior extensa que muestra una imagen radiológica mixta "en vidrio esmerilado" es sugestiva de:

a) Osteoma.
b) Displasia fibrosa.
c) Fibroma osificante-cementificante.
d) Ameloblastoma.

249. La aparición de múltiples lesiones opacas "algodonosas" en los maxilares y en el cráneo en una paciente de 74 años, que nos dice que no le entran las prótesis completas, nos debe hacer sospechar que padece:

a) Displasia fibrosa.
b) Osteogénesis imperfecta.
c) Displasia cleidocraneal.
d) Enfermedad de Paget.

250. ¿Cuál de los siguientes quistes odontogénicos recidiva con mayor frecuencia?

a) Quiste periodontal lateral.
b) Quiste odontogénico glandular.
c) Quiste dentígero.
d) Quiste paradental.



251. Respecto del ameloblastoma, es cierto que:

a) La forma sólida multiquística tiene un mejor pronóstico que la uniquística.
b) Su aspecto radiológico más frecuente es como una lesión mixta polilobular.
c) En el 70 % de los casos se localiza en el ángulo mandibular.
d) Está indicado su tratamiento quirúrgico con un curetaje cuidadoso.

252. Ante una radiolucidez periapical, señale el dato más sugestivo de que sea un quiste radicular:

a) Asociarse a un diente desvitalizado.
b) Ser multilocular.
c) Relacionarse con el ápice de un diente con vitalidad positiva.
d) Mostrar una lucidez con halo esclerótico.

253. Característicamente, las lesiones orales y maxilofaciales asociadas a hiperparatiroidismo presentan histopatológicamente:

a) Gran cantidad de eosinófilos.
b) Granulomas con necrosis caseosa.
c) Áreas mixoides.
d) Células gigantes multinucleadas.

254. Los/las pacientes con neurofibromatosis NF 1 presentan:

a) Múltiples osteomas.
b) Múltiples petequias peri e intrabucales.
c) Manchas cutáneas “café con leche”.
d) Sobrecrecimientos gingivales.

255. Señale el diagnóstico más probable de una lesión mandibular radiolúcida multilocular expansiva en un paciente de 23 años:

a) Mixoma odontogénico.
b) Quiste periodontal lateral.
c) Odontoma.
d) Osteosarcoma.

256. Señale los 2 aspectos más significativos del síndrome de Gorlin-Goltz:

a) Carcinomas basocelulares pigmentados y queratoquistes odontogénicos.
b) Nevus múltiples y maloclusión.
c) Calcificaciones intracraneales y quistes dentígeros múltiples.
d) Escoliosis vertebral y costillas dobles.

257. Señale el dato que se corresponde con un quiste nasopalatino:

a) Se produce por proliferación de los restos epiteliales de Malassez.
b) Los dientes cercanos suelen estar vitales.
c) Aparece como una lesión radiológica mixta interradicular.
d) Los dientes cercanos deben ser desvitalizados.

258. Indique la característica que se corresponde con un queratoquiste odontogénico:

a) Es una lesión odontogénica de origen inflamatorio
b) Suele causar parestesia facial y rizólisis.
c) Se localiza habitualmente en la premaxila.
d) Presenta una alta tasa de recurrencias.

259. Una imagen radiotransparente, asociada a la pared distal del 4.8, provocando reabsorción en la mandíbula, es característica de:

a) Queratoquiste odontogénico.
b) Quiste periodontal lateral.
c) Quiste paradental.
d) Cavidad de Stafne.

260. Señale la característica que es propia de la displasia cemento-ósea periapical:

a) Radiográficamente muestra masas escleróticas de bordes mal definidos.
b) Causa abombamiento de la cortical ósea vestibular.
c) Los dientes afectados pierden progresivamente su vitalidad.
d) Afecta especialmente a los incisivos y caninos inferiores.

261. Señale la característica que se corresponde con el odontoma compuesto:

a) Se asocia frecuentemente a dientes retenidos.
b) Es una neoplasia odontogénica indiferenciada.
c) Se detecta habitualmente a partir de la tercera década de la vida.
d) Se localiza habitualmente en la región posterior mandibular.

262. Se ha asociado a los queratoquistes odontogénicos la pérdida de heterocigosis del gen:

a) HFIT.
b) TCLSI.
c) MCC.
d) ITAS2.

263. ¿Cuál de los siguientes criterios diagnósticos del quiste odontogénico glandular según Fowler y Brahnnon (2011) es FALSO?

a) Presencia de esferas intraepiteliales.
b) Presencia de zonas con engrosamiento del epitelio.
c) Presencia de células mucosas.
d) Presencia de células claras vacuoladas.

264. Es FALSO que:

a) La incidencia del queratoquiste odontogénico entre todos los quistes mandibulares se ha estimado entre el 8 % y el 12 %.
b) La osteomielitis crónica primaria se ha asociado con el síndrome de Majeed.
c) En la etiología del síndrome de Gorlin hay una alteración a nivel del gen PTCH localizada en el cromosoma 9.
d) La osteomielitis crónica esclerosante focal requiere la administración de antibióticos.

265. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a) Una de las bases del tratamiento de la osteomielitis actinomicótica consiste en administración de altas dosis de penicilina V.
b) El quiste periodontal lateral histológicamente se caracteriza por presentar un epitelio estratificado no queratinizado.
c) En los queratoquistes odontogénicos se ha observado mayor recidiva en los casos ortoqueratinizados.
d) La osteomielitis esclerosante de Garré requiere antibioterapia.

266. Respecto al queratoquiste odontogénico es cierto:

a) Los de origen primordial son los más frecuentes (60 %) y están asociados a un diente incluido.
b) Los de origen dentígero son menos frecuentes (40 %) y nunca están asociados a un diente incluido.
c) Su localización más frecuente es mandibular (ángulo y rama ascendente).
d) Si son múltiples hay que descartar el síndrome de Gorlin: múltiples queratoquistes, malformaciones esqueléticas y carcinomas espinocelulares.

267. Es cierto respecto al quiste nasolabial:

a) El 75 % aparece en varones entre la segunda y quinta década de la vida.
b) Afecta al hueso alveolar.
c) Aparece como una tumefacción que borra el surco nasolabial y eleva el ala de la nariz.
d) Histopatológicamente está constituido generalmente por un epitelio escamoso plano poliestratificado.



268. El osteosarcoma:

a) Un 6 al 10 % de los osteosarcomas se presentan en los maxilares y estructuras craneofaciales.
b) En mandíbula se localiza con mayor frecuencia en zona posterior del cuerpo mandibular y en los maxilares en el hueso alveolar, piso del seno maxilar y paladar.
c) La sintomatología característica incluye la expansión del segmento afectado y el dolor persistente.
d) Todas son ciertas.

269. Es FALSO:

a) El Carcinoma amelobástico es el tumor odontogénico maligno más común.
b) El ameloblastoma es una neoplasia polimórfica benigna, pero localmente invasiva.
c) El odontoma compuesto es una malformación tumoral caracterizada por la producción de tejidos dentarios maduros. Estos tejidos se disponen de forma ordenada y originan estructuras similares a dientes de tamaños y formas diversas.
d) El fibroma odontogénico es un tumor mesenquimatoso benigno, formado por epitelio odontogénico denso en el que se encuentran cantidades variables de material mineralizado.

270. En el desplazamiento del disco articular con reducción, señale la posición del disco respecto al cóndilo mandibular:

a) Se posiciona anteriormente al cóndilo en posición de máxima apertura.
b) Se posiciona posteriormente al cóndilo en posición de máxima apertura.
c) Se posiciona anteriormente al cóndilo en posición de reposo.
d) Se posiciona posteriormente al cóndilo en posición de reposo.

271. En el estudio de la ATM mediante imagen, la técnica de elección es:

a) La resonancia magnética.
b) La ortopantomografía + telerradiografía en apertura y cierre.
c) La tomografía computerizada.
d) La gammagrafía.

272. En la valoración del dolor miofascial, señale qué zonas musculares requieren palpación intrabucal:

a) Músculo estilohioideo.
b) Músculo pterigoideo externo.
c) Músculo esternocleidomastoideo.
d) Músculo suprahioideo.

273. Señale el signo que suele aparecer en la osteoartrosis de la ATM:

a) Ausencia de ruido articular.



b) Una tumoración dura en el polo lateral.
c) Una gran rigidez matutina.
d) Un gran dolor en reposo.

274. Señale el efecto que NO se debe producir tras la colocación de una férula oclusal:

a) Reducirse temporalmente la actividad muscular implicada.
b) Protegerse las superficies oclusales y las restauraciones.
c) Aumentar la presión en la ATM para evitar bloqueos.
d) Disminuir la parafunción.

275. En cuanto a las pruebas de imagen de la ATM, es cierto que:

a) El contraste de ambas cabezas condilares no se puede realizar con una radiografía transfaríngea.
b) En la radiografía transfaríngea la cabeza del tubo de rayos X se dirige a través de la escotadura sigmoidea, en sentido ligeramente anterior.
c) La valoración de la fosa articular se puede realizar con una Tomografía Computarizada de haz cónico (THCH).
d) En una artrografía el contraste únicamente se puede introducir en el espacio articular superior.

276. En relación con el envejecimiento de las articulaciones del sistema estomatognático, es FALSO que:

a) Las articulaciones sinartrósicas se modifican muy poco con la edad.
b) Las gonfosis de los dientes superiores e inferiores se modifican muy poco con la edad.
c) El desgaste dentario aumenta con la edad por la dificultad de coordinarse ambas articulaciones temporomandibulares originando descargas en el sistema nervioso.
d) El acúmulo de grasa en los tres músculos principales y en los cuatro músculos accesorios que intervienen en los movimientos mandibulares contribuye al envejecimiento de la articulación.

277. ¿Cuál de los siguientes tratamientos NO está indicado en el manejo de los trastornos temporomandibulares?

a) Ortodóntico o rehabilitador protésico.
b) Uso de férula de estabilización de uso nocturno.
c) Prescripción de relajantes musculares.
d) Tratamiento físico-rehabilitador.

278. La prueba de imagen de elección para la evaluación de las alteraciones en el complejo cóndilo-disco es:

a) Tomografía computarizada de haz cónico.
b) Ortopantomografía.
c) Resonancia magnética.

d) Radiografía transcraneal.

279. En relación a las manifestaciones de patologías sistémicas en la articulación temporomandibular, señale la afirmación FALSA:

a) Pueden manifestarse como una mordida abierta anterior.
b) La artritis reumatoide es la patología que más frecuentemente está asociada.
c) La toxina botulínica puede ayudar a reducir los síntomas presentes.
d) Se pueden manifestar como dolor en región preauricular y crepitación.

280. ¿Cuál es la cefalea primaria más prevalente en población con trastornos temporomandibulares?

a) Migraña.
b) Cefalea tensional.
c) Cefalea en racimos.
d) No existe relación entre los trastornos temporomandibulares y las cefaleas primarias, ya que los trastornos temporomandibulares causan la cefalea atribuida a trastornos temporomandibulares.

281. En relación al uso de férula oclusales, señale la afirmación verdadera:

a) Es la base del tratamiento de los trastornos temporomandibulares.
b) La férula pivotante está indicada en caso de artralgia/artritis.
c) La principal indicación de la férula de reposicionamiento anterior es el desplazamiento discal sin reducción.
d) Se desconoce el mecanismo exacto por el que una férula de estabilización reduce los síntomas de los trastornos temporomandibulares.

282. En relación al bloqueo anestésico como herramienta en el dolor orofacial, señale la afirmación verdadera:

a) Puede ser utilizado como tratamiento, especialmente en patología de origen articular.
b) Si no hay mejoría del cuadro clínico, deberemos de pensar en dolor heterotópico.
c) Se debe evitar el bloqueo anestésico de los músculos, dado el efecto miotóxico que presentan los anestésicos locales.
d) No es necesario en casos de infiltración articular.

283. En relación a la neuropatía postraumática trigeminal dolorosa. Señale la afirmación FALSA:

a) El mal control del dolor postoperatorio, se considera un factor de riesgo para su aparición.
b) Debe establecerse una causalidad anatómica y temporal para su diagnóstico.
c) El hecho de ser mujer aumenta el riesgo de padecerla.
d) El bloqueo anestésico de la rama afectada es una prueba inequívoca de cara a su diagnóstico.



284. Ante un/a paciente que presenta una limitación de la apertura bucal con desviación de la línea media hacia la derecha, señale la opción que NO se asocia coherentemente con este cuadro:

a) Mioespasmo del músculo temporal derecho.
b) Desplazamiento discal sin reducción de la ATM derecha.
c) Mioespasmo del músculo pterigoideo medial izquierdo.
d) Mioespasmo del músculo pterigoideo lateral inferior derecho.

285. En relación a la neuralgia del trigémino, señale la afirmación FALSA:

a) En la exploración clínica, no se evidencian déficits sensitivos.
b) Las ramas más frecuentemente afectadas son V2 y V3.
c) Es necesario solicitar pruebas de imagen para una clasificación etiológica.
d) El dolor es paroxístico y no puede presentar dolor entre crisis.

286. En relación a la patología de la articulación temporomandibular, indique la respuesta INCORRECTA:

a) Los signos radiológicos de una artritis sistémica en la articulación temporomandibular no difieren de los observados una enfermedad articular degenerativa.
b) Ante una posible enfermedad articular degenerativa, la prueba de imagen de elección es la tomografía computarizada de haz cónico.
c) La condilolisis afecta principalmente a hombres adolescentes o adultos jóvenes.
d) En la anquilosis fibrosa el espacio articular está conservado.

287. En los desórdenes temporomandibulares, señale la verdadera:

a) En la osteoartrosis de la articulación temporomandibular hay signos radiológicos de artrosis con dolor.
b) En los trastornos temporomandibulares podemos encontrar patologías que afecten solo al componente muscular de la articulación temporomandibular.
c) En las artralgias aparecen chasquidos en los movimientos de apertura/cierre y lateralidades de cada articulación.
d) La hipoactividad de la musculatura de cierre puede ser un factor patológico en los desórdenes temporomandibulares.

288. En el tratamiento del síndrome de disfunción temporomandibular puede ser necesario usar lo siguiente, EXCEPTO:

a) Calor húmedo, ejercicios de resistencia, fisioterapia.
b) AINE, ansiolíticos, relajantes musculares.
c) Férula miorrelajante de Michigan, de grosor reducido (1,5mm - 2mm) con contactos oclusales en toda la arcada.
d) El/la paciente debe usar la férula por la noche, durante toda su vida, como si fuera bruxista.

289. Tras llegar, mediante la anamnesis y la exploración, a hacer un diagnóstico de presunción en el síndrome de la disfunción temporomandibular deberemos tener en cuenta que:

a) La ortopantomografía permite obtener buenas imágenes de la articulación en sentido anteroposterior y transversal.
b) La tomografía computarizada es la prueba que mejor identifica los tejidos duros o elementos óseos.
c) La resonancia magnética es la prueba de referencia para valorar tejidos blandos (músculos, ligamentos, menisco), tanto en posición estática como dinámica.
d) Todas son ciertas.

290. Morder un depresor unilateral provoca dolor si hay afectación en el músculo:

a) Pterigoideo medial.
b) Fascículo superior del pterigoideo lateral.
c) Fascículo inferior del pterigoideo lateral.
d) a) y b) son ciertas.

291. Señale la definición correcta del espacio libre de Nance:

a) Es el espacio aprovechado en la mesialización de los primeros molares permanentes.
b) Es el espacio disponible tras el reemplazo de caninos y molares temporales por sus homólogos permanentes.
c) Es el espacio localizado por distal y mesial de caninos temporales.
d) Es la suma de espacios dentarios generalizados entre los incisivos en ambas arcadas.

292. Los dientes permanentes completan su formación radicular aproximadamente:

a) Un año después de su erupción.
b) Entre el año y medio y los dos años después de su erupción.
c) Tres años y medio después de su erupción.
d) Cuatro años después de su erupción.

293. Señale una característica propia de la dentición temporal con respecto a los dientes permanentes:

a) Presentan una menor sensibilidad dentinaria.
b) Presentan un mayor espesor dentinario.
c) Los contactos interproximales son más estrechos.
d) Las superficies dentarias son más anchas en sentido vestíbulo-lingual.

294. Con relación a la anatomía de los dientes temporales, es FALSO que:

a) La longitud labio lingual del incisivo lateral inferior es más grande que la del incisivo central inferior.
b) La longitud cervico incisal de la corona del incisivo central superior es menor que su longitud mesiodistal.



c) El contorno de la corona del incisivo lateral superior es redondeado, visto desde el borde incisal.
d) El primer diente que aparece hacia los 6 meses tiene una convexidad hacia incisal, menos marcada en distal.

295. En relación con la anatomía de los molares temporales, señale la verdadera:

a) En el primer molar temporal superior, el surco central separa las cúspides distovestibular y mesiovestibular.
b) La cúspide mesiolingual es corta y redonda en el primer molar temporal inferior.
c) Los perfiles mesial y distal del segundo molar temporal inferior convergen hacia distal.
d) Las cúspides mayores del segundo molar temporal superior por orden de tamaño creciente son la mesiopalatina, mesiovestibular y distovestibular.

296. Señale la afirmación verdadera con relación al crecimiento óseo:

a) El crecimiento intramembranoso mandibular permite la elongación de la rama ascendente.
b) Según Enlow y Bang el maxilar superior tiene un crecimiento aposicional.
c) El crecimiento óseo es intramembranoso donde hay presión y endocondral donde hay tensión.
d) En el hueso maxilar se produce la reabsorción en su superficie interna lo que le permite aumentar sus dimensiones.

297. En el crecimiento y desarrollo normal de las arcadas dentarias, señale la afirmación verdadera:

a) En la arcada inferior el apiñamiento se puede resolver por la existencia de espacios interdentarios, por la disminución de la altura del arco al desplazarse los incisivos hacia labial y por el cambio en la anchura bicanina.
b) Si el primer molar definitivo no aprovecha el espacio de deriva inferior puede desviarse a clase III.
c) En la arcada superior se puede resolver el apiñamiento por medio de los espacios interdentarios, el aumento de la inclinación labial de los incisivos y el aumento del ancho bicanino.
d) El ancho intercanino inferior aumenta por la mesialización del primer molar temporal inferior.

298. Dentro de las osteodistrofias, es FALSO que:

a) En la enfermedad de Albers-Schonberg la anquilosis produce un retraso en la erupción dentaria.
b) En la enfermedad de Lobstein el niño/a puede necesitar tratamientos pulpares y coronas.
c) En la osteogénesis imperfecta tipo I hay una alta susceptibilidad a la caries.
d) En la osteogénesis imperfecta tipo III puede darse una dentinogénesis imperfecta y el retraso en la erupción.

299. En el crecimiento del esqueleto craneofacial, señale la afirmación verdadera:

a) Según los equivalentes de crecimiento de Hunter-Enlow el resultante del desplazamiento de la rama ascendente y el cóndilo mandibular será en sentido posterior y hacia arriba.
b) En el crecimiento y desarrollo normal de las arcadas dentarias el crecimiento de la apófisis alveolar es dos veces mayor de lo que desciende por actividad sutural el maxilar superior.
c) La porción superior de la cara por influencia de la base del cráneo se proyecta hacia abajo alejándose de la columna vertebral.
d) El alargamiento del clivus y la rama ascendente mandibular es un equivalente a la elongación total vertical de la región nasomaxilar.

300. En el crecimiento de las arcadas dentarias, señale la verdadera:

a) La disposición de los gérmenes y el crecimiento vertical y divergente de los procesos maxilares ocasionan mayores cambios transversales en el maxilar que en la mandíbula, especialmente en los varones.
b) La profundidad de arcada aumenta por la mesialización de los primeros molares temporales al cambiar los segundos molares temporales por el segundo premolar definitivo en una primera etapa.
c) El ancho de la arcada se relaciona con el aumento de la anchura esquelética más que al crecimiento del proceso alveolar.
d) En la secuencia de erupción 3-4-5, el canino definitivo erupciona antes que los premolares, el canino actúa como una cuña entre los incisivos laterales y primeros premolares.

301. En odontología pediátrica, es cierto que:

a) La displasia ectodérmica se asocia a oligodoncia y dientes cónicos.
b) El síndrome de Apert, a nivel craneofacial, se manifiesta como: hipoplasia mandilar y apiñamiento dentario.
c) En el síndrome de Teacher Collins, no son comunes las alteraciones auditivas.
d) El síndrome de Down se caracteriza por macroglosia verdadera.

302. En los problemas clínicos asociados al síndrome de hipomineralización incisivo-molar NO se da una de estas situaciones:

a) Sensibilidad de ligera a muy intensa.
b) Dificultad para conseguir una correcta anestesia para los tratamientos dentales.
c) Progresión lenta de caries.
d) Fracaso de las restauraciones.

303. Respecto al hábito de la succión digital, indica cuál de estas afirmaciones es FALSA:

a) Tiene una prevalencia del 12 % a los 4 años.
b) Aumenta el resalte por protrusión de incisivos superiores.



c) Condiciona e incrementa el patrón de crecimiento horizontal.
d) Provoca la protrusión de la premaxila.

304. Señale una característica propia de la amelogénesis imperfecta:

a) Es frecuente en zonas con niveles muy altos de flúor en el agua corriente.
b) Afecta al esmalte y dentina de las dos denticiones.
c) Existe correlación frecuente con osteogénesis imperfecta.
d) Es una enfermedad de transmisión genética.

305. Según la evidencia actual y los protocolos de odontología preventiva, ¿cuál es la frecuencia recomendada para la aplicación profesional de barniz de flúor en niños/as con riesgo de caries?

a) Una aplicación anual es suficiente para cualquier nivel de riesgo.
b) Aplicaciones semestrales como pauta base para pacientes de riesgo.
c) Una única aplicación cuando erupcionan los molares y no repetir.
d) Cada 3 meses solo en pacientes con bajo riesgo de caries.

306. ¿Cuál es el mecanismo por el cual un plano terminal recto suele transformarse en una Clase I permanente?

a) Crecimiento diferencial del maxilar superior.
b) Cierre del espacio de primate inferior y aprovechamiento del espacio de deriva.
c) Empuje de los incisivos laterales definitivos.
d) Desgaste fisiológico de las cúspides.

307. Una asimetría en la erupción de dientes homólogos superior a 6 meses se considera:

a) Una variante de la normalidad.
b) Consecuencia normal de la dieta blanda.
c) Indicación de extracción del diente contralateral.
d) Una señal de alerta clínica que requiere estudio radiográfico.

308. Respecto a la rizólisis o reabsorción radicular fisiológica de los dientes temporales, señale la afirmación correcta sobre su naturaleza biológica:

a) Es un proceso discontinuo mediado por odontoclastos, con periodos de descanso y reparación mediante tejido similar al cemento.
b) Se trata de un proceso degenerativo ininterrumpido provocado por la presión eruptiva del sucesor.
c) Es una patología inflamatoria que solo ocurre si el diente permanente está correctamente posicionado.
d) Se inicia exclusivamente tras la necrosis fisiológica de la pulpa del diente deciduo.

309. La pérdida prematura de un segundo molar temporal sin el uso de un mantenedor de espacio conlleva una cascada de eventos maloclusivos. ¿Cuál es el movimiento inicial más crítico del primer molar permanente?

a) Una inclinación distal pura para ocupar el espacio del premolar.
b) Un movimiento de mesialización acompañado de una rotación sobre su raíz palatina.
c) Una intrusión por falta de contacto oclusal con el oponente.
d) Una traslación mesial en bloque sin pérdida de angulación.

310. El espacio de deriva es una reserva de espacio clave en la dentición mixta. ¿Por qué su magnitud es significativamente superior en la arcada inferior (aprox. 1,7 mm por cuadrante)?

a) Debido a que los incisivos permanentes inferiores son más estrechos que los superiores.
b) Por la presencia de los espacios de primate, que solo se contabilizan en el arco inferior.
c) Debido a la mayor diferencia de tamaño mesiodistal entre los molares temporales y los premolares en la mandíbula.
d) Porque la mandíbula presenta una mayor tasa de crecimiento aposicional posterior.

311. En relación con la erupción de la dentición temporal, señale la afirmación correcta:

a) La erupción dentaria temporal comienza habitualmente en torno a los 3 meses de edad.
b) El orden de erupción carece de relevancia clínica en el desarrollo oclusal posterior.
c) Los incisivos centrales inferiores son, en condiciones normales, los primeros dientes en erupcionar.
d) La erupción de la dentición temporal suele completarse a los 18 meses de edad.

312. Respecto al inicio de la higiene oral en el lactante, ¿cuál es la recomendación actual para la prevención efectiva de la caries de la primera infancia?

a) Limpiar los rebordes alveolares con una gasa húmeda hasta la erupción de los molares.
b) Iniciar el cepillado sin pasta dental hasta que el niño cumpla los 2 años.
c) Comenzar el cepillado dental con la erupción del primer diente temporal, utilizando pasta con una concentración de al menos 1.000 ppm de flúor.
d) Retrasar el uso de pasta dental hasta que el niño tenga instaurado el reflejo de deglución y sepa escupir.

313. Respecto al asesoramiento dietético durante la primera visita del lactante, ¿cuál es el concepto preventivo para preservar la salud oral?

a) La suplementación con calcio para evitar que se desmineralicen los dientes.
b) El uso de edulcorantes artificiales en todas las comidas.
c) La importancia de retrasar la ingesta de azúcares libres hasta los 2 años para evitar la programación de hábitos cariogénicos en el núcleo familiar.

d) La restricción de hidratos de carbono complejos.

314. Desde una perspectiva transdisciplinaria, ¿cuál es la recomendación respecto a la introducción de alimentos de sólidos y su relación con el desarrollo orofacial?

a) Debe retrasarse hasta los 12 meses para evitar atragantamientos.
b) Debe iniciarse a los 6 meses, introduciendo texturas que estimulen la masticación para favorecer el correcto crecimiento de los maxilares y la musculatura orofacial.
c) Solo se recomiendan purés y papillas líquidas hasta que erupcionen los primeros molares temporales.
d) La introducción de sólidos no tiene relevancia en el desarrollo de la oclusión, solo en la nutrición.

315. En relación con el uso de chupete, ¿cuál es el límite cronológico recomendado para su retirada definitiva a fin de evitar secuelas esqueléticas permanentes?

a) Debe retirarse antes de los 4 años.
b) No es necesario retirarlo hasta que erupcionen los molares temporales.
c) El chupete debe sustituirse por la succión digital a partir del año de vida.
d) Se recomienda su cese antes de los 2 años de edad, idealmente hacia los 12-18 meses, para permitir la corrección espontánea de posibles deformaciones alveolares.

316. ¿Cuál de estos rasgos anatómicos e histológicos NO se da en dentición temporal?

a) Áreas de contacto anchas y planas.
b) Presentan una sensibilidad dentinaria mayor.
c) Los prismas de esmalte se extienden en dirección oclusal.
d) Menor grosor de esmalte y dentina

317. En la anamnesis del dolor en la dentición temporal:

a) El dolor provocado por el frio, dulces, calor o masticación, que cesa al cesar el estímulo es sugestivo de una pulpitis irreversible.
b) El dolor espontáneo, continuo, indica un daño pulpar avanzado, generalmente irreversible.
c) El relato de varios episodios dolorosos repetidos en el tiempo descarta que el proceso se haya extendido a los tejidos de sostén.
d) El dolor provocado por el frio, dulces, calor o masticación, que cesa al cesar el estímulo es sugestivo de una lesión de caries superficial.

318. Entre los cambios de la mucosa oral que ocurren a partir de los 40 años se encuentra:

a) Aumento de los gránulos de Fordyce.
b) Engrosamiento de la interfase epitelio - tejido conectivo.
c) Aumento de las papilas filiformes.
d) Aumento del número de glándulas salivares menores.



319. En la actualidad la xerostomía por hiposalivación en una paciente de 74 años suele asociarse frecuentemente a:

a) Enfermedades gastrointestinales.
b) Tratamientos farmacológicos.
c) Infección por VIH.
d) Bulimia.

320. ¿Cuál de los siguientes se considera un cambio fisiológico asociado al envejecimiento que condiciona el manejo farmacológico de los/las pacientes?

a) Aumento de la masa grasa y disminución de proteínas en suero sanguíneo.
b) Disminución de la función renal y/o hepática.
c) Disminución de los movimientos peristálticos.
d) Todas son ciertas.

321. En relación a la xerostomía en el adulto mayor, señale la afirmación FALSA:

a) En personas mayores de 60 años, su prevalencia es mayor al 20 %.
b) Existe una relación directa entre la cantidad de fármacos administrados y su prevalencia.
c) Habitualmente se asocia a liquen plano oral.
d) El síndrome de Sjögren es una de las patologías sistémicas que puede causar este síntoma.

322. Teniendo en cuenta los últimos documentos de consenso, en relación a la salud bucodental de personas mayores dependientes, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) Se debe asegurar la limpieza dental, mínimo una vez al día, así como limpiar regularmente los espacios interdentales y la mucosa oral.
b) Se debe aplicar diariamente pasta dental con flúor 5.000 p.p.m. en ancianos de alto riesgo de caries.
c) Las prótesis dentales deben enjuagarse tras las comidas y ser retiradas durante la noche.
d) Se debe realizar un examen odontológico inicial obligatorio cuando un anciano ingresa en un centro de atención a largo plazo.

323. En relación a la discinesia oral en el adulto mayor, señale la afirmación correcta:

a) Fisiopatológicamente se puede asociar a factores anatómicos dentales.
b) Los principales fármacos que la causan son anticonvulsivantes.
c) El mejor tratamiento consiste en la administración de toxina botulínica.
d) Los movimientos que realizan los pacientes son estereotipados.

324. En la persona paciente mayor, es FALSO que:

a) Ante la presencia de cianosis de labios, piel y mucosas o pulsación de las venas del cuello, sospecharemos de una insuficiencia cardíaca congestiva.
b) Los anestésicos locales con vasoconstrictor estarían contraindicados en pacientes en tratamiento con β-bloqueantes selectivos.
c) El paciente que ha sufrido un infarto agudo de miocardio no debe recibir tratamientos odontológicos selectivos durante los primeros seis meses.
d) La hemorragia cerebral constituye un 10 % de los accidentes vasculares cerebrales.

325. Hablamos de hiposecreción salival…

a) Cuando la tasa de secreción salival es menor a 0,1-0,2 ml/min en saliva no estimulada.
b) Cuando la tasa de secreción salival es menor a 0,7-0,9 ml/min en saliva estimulada.
c) Cuando el paciente tiene sensación de sequedad oral.
d) Cuando se evidencia cuarteamiento de las comisuras labiales.

326. En relación con la caries de la persona anciana, cuál de las siguientes características NO es típica:

a) El aumento de caries radicular y cervical.
b) La dentina es más susceptible al ataque acelerando el avance de la caries.
c) El beneficio del flúor tópico se incrementa cuando existe hiposalivación.
d) El pH crítico es mayor por la expansión del tejido radicular.

327. Señale qué es cierto en la caries radicular de la persona paciente anciana:

a) Las bacterias implicadas son diferentes a las de la caries de esmalte.
b) La ausencia de 8 o más dientes es un factor de riesgo.
c) Aparece como efecto directo de la radioterapia en pacientes mayores de 65 años.
d) No presenta lesiones inactivas o detenidas.

328. ¿Cuál de las siguientes patologías NO estaría relacionada con la prótesis removible?

a) Varices linguales.
b) Candidiasis.
c) Úlceras traumáticas.
d) Estomatitis protética.

329. Señale la respuesta verdadera:

a) En una persona paciente adulta mayor que presenta lesiones orales por virus varicela-zóster se pueden tratar con idoxuridina tópica al 4 %.
b) En una persona paciente adulta mayor con candidiasis eritematosa se puede administrar nistatina tabletas o solución 100.000 UI/ml 4-6/día.
c) En una persona paciente adulta mayor una candidiasis hiperplásica puede tratarse con miconazol gel 10 mg/g 4 veces día 2 meses.
d) Todas las respuestas anteriores son verdaderas.

330. El factor más influyente en la revascularización pulpar de un diente luxado es:

a) El tipo de luxación.
b) El grado de desplazamiento.
c) El estado de desarrollo radicular.
d) La existencia de exposición dentinaria.

331. En la fractura complicada de la corona de un diente permanente en un niño/a, señale la condición que es necesaria para indicar una pulpotomía:

a) Ocurrencia en diente con ápice maduro.
b) Exposición pulpar de 1-1,5 mm.
c) Intervalo menor de 24 horas entre el momento de la fractura y el tratamiento.
d) Inexistencia de lesión asociada al ligamento periodontal.

332. Señale el dato cierto en relación con la reabsorción radicular interna:

a) Aparece una radiolucidez expansiva simétrica en el conducto.
b) Es característica la anquilosis dental.
c) El signo radiográfico precoz es una imagen “apolillada” de la raíz.
d) Es una complicación frecuente en las luxaciones dentales.

333. En cuanto a lesiones traumáticas en dentición temporal, es cierto que:

a) La interrupción de la formación de la raíz, parcial o completa, suele ser consecuencia de una luxación de los molares primarios, entre los cuatro y siete años.
b) La dilaceración coronal es un desplazamiento del eje horizontal del diente temporal debido a que se produce una desviación de la corona ya formada.
c) En la concusión se produce una lesión de las estructuras de soporte del diente sin movilidad.
d) Todas las afirmaciones anteriores son ciertas.

334. ¿Cuál de las siguientes indicaciones de realizar una protección pulpar directa en lesiones traumáticas en dentición permanente joven, NO es cierta?

a) Fractura complicada de corona de dientes con ápice maduro.
b) Fractura complicada de corona con exposición mínima de 1-1,5 mm.
c) Fractura complicada de corona cuando no existan lesiones asociadas al ligamento periodontal.
d) Fractura complicada de corona siempre que el diente pueda ser restaurado.

335. En cuanto a la solución salina balanceada de Hank, es cierto que:

a) Tiene un pH balanceado (7,1) y su osmolaridad es 220 mOsm/kg.
b) Tiene un pH balanceado (7,2) y su osmolaridad es 320 mOsm/kg.
c) Tiene un pH balanceado (7,3) y su osmolaridad es 330 mOsm/kg.
d) Tiene un pH balanceado (7,4) y su osmolaridad es 340 mOsm/kg.

336. En relación con los traumatismos bucodentales, es FALSO que:

a) La incompetencia labial y la existencia de un resalte de más de 5 mm es un factor de riesgo.
b) La gran mayoría de las lesiones afectan a más de un diente.
c) Pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad tienen más riesgo de traumatismos bucodentales.
d) La mayoría de los traumatismos en la dentición primaria ocurre entre los 2 y los 4 años de edad.

337. En el reimplante de un 1.1 avulsionado con período extraoral en seco inferior a 1 hora en un niño de 12 años, identifique qué acción NO es correcta:

a) Recolocación del diente, tras irrigación con suero, sin raspaje previo.
b) Ferulización semirrígida durante 15 días.
c) Pulpectomía y relleno con hidróxido cálcico durante 2 semanas.
d) Relleno de gutapercha previo control radiográfico de la lámina dura.

338. Ante una luxación lateral de un incisivo permanente con el ápice cerrado, el signo clínico que nos permite diferenciarlo con mayor seguridad de una luxación extrusiva es:

a) El sangrado abundante a través del surco gingival.
b) El desplazamiento de la corona en sentido incisal.
c) La respuesta positiva inmediata a las pruebas de vitalidad térmica.
d) La ausencia de movilidad y un sonido metálico a la percusión.

339. En el caso de una intrusión severa (> 7 mm) de un diente permanente con el ápice ya formado (cerrado), ¿cuál es la actitud terapéutica?

a) Esperar la reerupción espontánea durante un periodo de 6 meses.
b) Reposicionamiento quirúrgico o tracción ortodóncica inmediata para evitar la anquilosis.
c) Realizar la endodoncia en el momento del impacto antes de reposicionar.
d) Mantener el diente intruido y realizar una cirugía periapical a las 2 semanas.

340. Si un diente temporal sufre una intrusión y la radiografía muestra que el ápice se ha desplazado hacia la tabla vestibular, ¿cuál es la conducta a seguir?

a) Controlar la reerupción espontánea, ya que el riesgo de daño al permanente es bajo.
b) Intentar traccionar el diente temporal con un fórceps hacia incisal.
c) Realizar la exodoncia inmediata del diente temporal por precaución.
d) Realizar la pulpectomía del diente temporal para evitar infecciones.

341. Ante una fractura coronaria complicada en un niño de 13 años en un 2.1.¿cuál es la actitud terapéutica de elección?

a) Retrasar cualquier tratamiento hasta la aparición de síntomas.
b) Indicar exodoncia para evitar complicaciones infecciosas.
c) Realizar tratamiento endodóntico completo inmediato.
d) Realizar terapia pulpar vital (recubrimiento pulpar o pulpotomía parcial).

342. El tratamiento endodóntico temprano está típicamente aconsejado en dientes con desarrollo radicular completo tras sufrir:

a) Una luxación extrusiva.
b) Una intrusión.
c) Una luxación lateral.
d) Todas son correctas.

343. Ante la evidencia radiográfica o clínica de una reabsorción radicular externa relacionada con infección (inflamatoria), el protocolo de actuación inmediata debe incluir:

a) El inicio inmediato del tratamiento de conductos y la medicación con hidróxido de calcio.
b) El recambio del hidróxido de calcio cada 3 meses hasta que desaparezcan las radiolucideces de las lesiones resortivas.
c) Posponer la obturación final del conducto hasta que exista evidencia radiográfica de reparación ósea.
d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

344. En relación con los tiempos de ferulización recomendados en una avulsión para favorecer la curación del ligamento periodontal y el tejido duro, señale la afirmación correcta:

a) El tiempo estándar para una avulsión con reimplante inmediato es de 4 semanas.
b) Las avulsiones requieren siempre una ferulización rígida de 8 a 10 semanas.
c) En una avulsión el tiempo de ferulización es de 2 semanas.
d) En una avulsión puede extenderse hasta los 4 meses.

345. Respecto a la ferulización en la dentición temporal, ¿cuál es la recomendación general de las guías internacionales ante traumatismos periodontales?

a) Se debe ferulizar siempre que haya una movilidad de grado 2 para evitar la pérdida del diente.
b) La ferulización en dientes temporales no se recomienda de forma rutinaria, salvo en casos excepcionales como fracturas alveolares o para evitar el riesgo de aspiración.
c) El tiempo de ferulización en niños/as menores de 5 años debe ser el doble que en adultos por su mayor metabolismo.
d) La ferulización rígida es de elección en dentición primaria para no interferir con la rizólisis.



346. La reabsorción inflamatoria tras un traumatismo dental:

a) Es una complicación rara de los traumatismos dentales.
b) Es una complicación muy frecuente en las luxaciones dentales.
c) Es una complicación tanto más frecuente cuánto más cerrado se encuentre el ápice.
d) b) y c) son ciertas.

347. La luxación lateral:

a) Se produce cuando el impacto sobre el diente desplaza la corona hacia proximal o distal.
b) Se produce cuando el impacto sobre el diente desplaza la corona hacia palatino.
c) Se produce cuando el impacto sobre el diente se produce en la dirección axial del diente.
d) Se produce cuando, como consecuencia del impacto el diente, rota sobre su propio eje longitudinal.

348. La extrusión de un diente temporal como consecuencia de un traumatismo se manifiesta por:

a) Un alargamiento de la longitud de la corona respecto a los dientes adyacentes.
b) Un mayor ensanchamiento del espacio periodontal en la rx.
c) Un aumento de la movilidad y percusión negativa
d) a) y b) son ciertas.

349. Ante una luxación intrusiva en dentición temporal con desplazamiento de la raíz hacia vestibular debemos:

a) Extraer la pieza afectada lo antes posible para que no lesione al sucesor permanente.
b) Recolocar la pieza mediante anestesia y manipulación digital en la misma visita.
c) Esperar a que la pieza reerupcione en 1 a 6 meses.
d) Esperar a que la pieza reerupcione en 1 a 6 semanas.

350. Respecto a la alveolitis seca, señale la sentencia correcta:

a) Es más frecuente en la exodoncia de premolares inferiores.
b) Es más común tras la exodoncia de cordales.
c) Se trata con antibióticos intraóseos.
d) Suele ser asintomática.

351. Indique la situación de menor riesgo de osteonecrosis maxilar ante una exodoncia en un/a paciente tratado con bisfosfonatos:

a) Cuando ha realizado tratamiento oral y sin inmunosupresor, durante menos de 3 años.
b) Cuando se ha suspendido la administración oral 6 meses antes de la intervención.
c) Cuando se ha realizado tratamiento con ácido zoledrónico durante menos de un año.
d) Cuando se suspende la administración intravenosa 3 meses antes y 3 meses después.

352. El periodo ideal para realizar una extracción en una paciente embarazada es:

a) El primer trimestre del embarazo.
b) Del cuarto al octavo mes.
c) El último cuatrimestre.
d) El último trimestre.

353. En exodoncias múltiples en el mismo lado del maxilar superior, se recomienda la siguiente secuencia:

a) Extracción del primer molar, después el segundo molar, y finalmente el tercer molar.
b) Extracción del primer molar, después el tercer molar, y finalmente el segundo molar.
c) Extracción del tercer molar, después el primer molar, y finalmente el segundo molar.
d) Extracción del tercer molar, después el segundo molar, y odontosección del primer molar.

354. En la complicación de la alveolitis seca, es cierto que:

a) Los anticonceptivos orales aumentan su incidencia.
b) Los síntomas suelen aparecer una semana después de la extracción.
c) Cursa con supuración fétida en el interior del alvéolo.
d) El tratamiento local consiste en legrado, irrigación profusa y apósito antiséptico.

355. En la maniobra de luxación durante la exodoncia, el primer movimiento de impulsión se realiza:

a) Hacia la cortical más débil.
b) Hacia la cortical más fuerte.
c) En dirección oclusal, rotatoriamente.
d) En dirección hacia el interior del alveolo.

356. Indique en qué situación es correcta la exéresis del capuchón mucoso que cubre un cordal inferior.

a) Cuando se trata de una prolongación del pilar anterior del velo del paladar, y cubre al cordal en posición vertical.
b) Cuando la mucosa cubre en forma de lengüeta un cordal impactado.
c) Cuando cubre un cordal vertical situado a la altura del 2º molar.
d) En todos los casos, siempre que no exista pericoronaritis aguda.

357. Según la clasificación de Pell y Gregory, un cordal inferior que presente su punto más alto al nivel de la línea cervical del segundo molar y tenga un espacio entre la rama ascendente mandibular y la cara distal del segundo molar menor que el diámetro mesiodistal de su corona se considera…

a) Posición B clase II.
b) Posición B clase III.
c) Posición C clase II.

d) Posición C clase III.

358. ¿Cuál de los siguientes presenta una mayor frecuencia de inclusión dentaria?

a) Tercer molar superior.
b) Segundo premolar inferior.
c) Canino superior.
d) Incisivo lateral superior.

359. ¿Qué es característico de la osteítis expulsiva?

a) Está relacionada con la exfoliación de los molares deciduos inferiores.
b) Se asocia a un mayor riesgo de infección postoperatoria.
c) Dificulta la extracción del diente involucrado por aumento del sangrado perioperatorio.
d) Puede presentarse en restos radiculares no recientes.

360. Dentro de las complicaciones en relación a las exodoncias, ¿cuál de los siguientes NO se considera un accidente en relación con los dientes?

a) Luxación o fractura de los dientes vecinos.
b) Fractura de la tuberosidad maxilar.
c) Dientes o raíces desplazados a espacios anatómicos vecinos.
d) Diente extraído por error.

361. Las infecciones odontogénicas son las más frecuentes a nivel bucal y están ocasionadas por bacterias:

a) Exclusivamente aerobias en el 10 % de los casos.
b) Exclusivamente anaerobias en el 60 % de los casos.
c) Una combinación de ambas con predominio anaerobio.
d) a) y c) son ciertas.

362. Señale la afirmación INCORRECTA en relación con la ostectomía en la exodoncia de cordales inferiores:

a) Se puede realizar con escoplo y martillo.
b) Se suelen utilizar fresas de carburo de tungsteno redondas nº 8.
c) En cordales en posición mesioangular, el principal objetivo es liberar la zona distal del diente para que pueda ser luxado.
d) Es necesario levantar un colgajo mucoperióstico previo a la ostectomía.

363. En la clasificación de Pell y Gregory, NO se valora:

a) Profundidad del cordal respecto al plano oclusal de molares contiguos.
b) Posición del cordal en relación con el eje longitudinal del segundo molar.
c) Relación entre el tercer molar y la rama ascendente mandibular.

d) Se valoran todas las anteriores.

364. Señale la afirmación correcta en relación con las complicaciones derivadas de la exodoncia de terceros molares inferiores:

a) La lesión del nervio lingual puede producir ageusia.
b) La parestesia que dura más de 12 semanas se considera permanente.
c) Las lesiones nerviosas siempre se producen de forma intraquirúrgica.
d) La lesión del nervio dentario inferior es más frecuente que la del nervio lingual.

365. Ante la fractura de la tuberosidad maxilar en la exodoncia de un cordal superior:

a) No se recomienda abrir un colgajo mucoperióstico.
b) Si la tuberosidad sigue adherida al periostio, es posible dejarla en su sitio e inmovilizarla.
c) La hemorragia suele ser mínima.
d) Todas son ciertas.

366. Señale la afirmación correcta sobre la alveolitis seca:

a) La mayoría de las alveolitis se producen en la región de premolares y molares superiores.
b) Es más frecuente en los hombres.
c) La saliva influye en la formación del coágulo.
d) Suele aparecer en las 12-24 horas siguientes a la exodoncia.

367. El protocolo de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) desaconseja la exodoncia preventiva de cordales en:

a) Pacientes con cordales que pueden llegar a erupcionar correctamente.
b) Pacientes con terceros molares semierupcionados impactados sin historia ni evidencia de patología.
c) Pacientes con patología sistémica.
d) a) y c) son correctas.

368. Indique ¿cuál es el rango de dosificación pediátrica habitual en miligramos por kilogramo de peso y día y el intervalo en horas entre dosis, para cefradina?

a) 10-30 mg/kg/día y 12 horas entre dosis.
b) 30 mg/kg/día y 6 horas entre dosis.
c) 25-50 mg/kg/día y 6-12 horas entre dosis.
d) 15-30 mg/kg/día y 12 horas entre dosis.

369. En operatoria dental odontopediátrica, es FALSO que:

a) En las preparaciones en “cuchara” las paredes libres tienen cierta convergencia hacia oclusal.



b) El cincel Wedelstaedt es muy útil para romper los puntos de contacto en una cavidad que afecta a la pared proximal.
c) El objetivo en las restauraciones adhesivas es eliminar el tejido afectado e inviable protegiendo las zonas susceptibles que no se incluyan en la preparación.
d) Si se quiere potenciar la retención de los ionómeros de vidrio se frota la dentina con ácido metacrílico durante 20 segundos.

370. ¿Cuál es la dosis de amoxicilina en el tratamiento de primera elección en un absceso periapical con síntomas sistémicos en un niño no alérgico a betalactámicos?

a) 60-70 mg/kg/día (dosis máxima 1g/día) en 3 tomas.
b) 20-30 mg/kg/día (dosis máxima 2g/día) en 3 tomas.
c) 40-50 mg/kg/día (dosis máxima 3g/día) en 3 tomas.
d) 10-20 mg/kg/día (dosis máxima 2g/día) en 3 tomas.

371. Las cavidades de acceso directo en las paredes proximales pueden realizarse:

a) Cuando observamos una caries mesial limitada en un primer molar permanente tras la exfoliación del segundo molar deciduo, sin que haya erupcionado todavía el premolar.
b) Cuando al preparar una cavidad distal en el primer molar deciduo observamos una pequeña lesión mesial en el segundo molar deciduo.
c) Cuando al realizar una exodoncia de un molar deciduo observamos una lesión limitada en la cara proximal del molar contiguo.
d) Todas son ciertas.

372. Dosificación máxima de carpules en un niño de 30 kg.: Cuál es la INCORRECTA:

a) Lidocaína 2 % 1:100.000, 3,5 carpules.
b) Prilocaína 4 %, 4 carpules.
c) Articaína 4 % 1:100.000, 2,9 carpules.
d) Mepivacaína 3 %, 2,4 carpules.

373. En los/las niños/as, la asociación de vasoconstrictor al anestésico es necesaria:

a) Por su mayor gasto cardíaco.
b) Por su velocidad metabólica basal.
c) Por su perfusión tisular.
d) Todas son ciertas.

374. En la extracción de un incisivo temporal superior, el primer movimiento que se debe imprimir es fundamentalmente:

a) Rotatorio.
b) Luxación hacia vestibular.
c) Luxación hacia palatino.
d) Tracción hacia el exterior.



375. En un niño de 30 kg de peso, la cantidad máxima de lidocaína 2% + epinefrina (1/100.000) no debe sobrepasar la siguiente cantidad de carpules (1,8 ml.):

a) 1,5 carpules.
b) 2,5 carpules.
c) 3,5 carpules.
d) 4,5 carpules.

376. Señale cuál es el rango de dosificación pediátrica habitual para la amoxicilina en miligramos por kilo de peso y día:

a) 12 – 25 mg/kg/día.
b) 20 – 40 mg/kg/día.
c) 40 – 80 mg/kg/día.
d) 50 – 100 mg/kg/día.

377. En la técnica de eliminación selectiva de la caries, ¿cuál es el objetivo primordial al dejar dentina afectada en el fondo de una cavidad profunda?

a) Reducir el tiempo de vibración de la turbina para mejorar la conducta.
b) Permitir que los túbulos dentinarios se abran para aplicar flúor directamente.
c) Evitar la exposición pulpar mecánica y favorecer la formación de dentina terciaria bajo un sellado hermético.
d) Evitar el uso de anestesia local en pacientes con fobia a las agujas.

378. Al realizar el diagnóstico de una pulpitis en un diente temporal, ¿qué característica del dolor es el indicador más fiable de que la inflamación es irreversible?

a) Dolor agudo provocado por el frío que cesa al retirar el estímulo.
b) Dolor de corta duración tras la ingesta de dulces (azúcares).
c) Sensibilidad leve a la masticación de alimentos blandos.
d) Dolor espontáneo, no provocado, que se intensifica especialmente por la noche.

379. En una lesión de caries profunda en un 3.6 asintomático, ¿cuál es la actitud operatoria?

a) Eliminación selectiva de caries con sellado hermético.
b) Eliminación completa de caries hasta dentina dura.
c) Pulpotomía.
d) Exodoncia.

380. En relación con las coronas preformadas de acero inoxidable, señale la opción correcta:

a) Se indican solo en dientes permanentes.
b) Están contraindicadas en caries extensas.
c) Son una opción de elección en molares temporales con destrucción amplia.
d) Tienen peor pronóstico que las obturaciones.



381. Señale una característica propia de la dentición temporal respecto a los dientes permanentes que debe tenerse en cuenta en la operatoria dental:

a) El mayor espesor de esmalte en la zona de las fosas y fisuras.
b) El menor espesor de los tejidos mineralizados y el mayor volumen proporcional de la cámara pulpar con cuernos muy altos.
c) La presencia de una cámara pulpar reducida debido a la rápida aposición de dentina secundaria.
d) La orientación de los prismas del esmalte, que en el tercio cervical se dirigen hacia oclusal.

382. Ante una lesión clasificada como código 2 del sistema ICDAS II, ¿cuál es el protocolo de actuación recomendado según los criterios de odontología mínima intervención?

a) Restauración mínimamente invasiva mediante microcavidad en caso de riesgo alto.
b) Evaluar la profundidad mediante fresa a alta velocidad en todos los casos para confirmar el diagnóstico.
c) No tratar y simplemente controlar periódicamente en cualquier nivel de riesgo.
d) Sellar en caso de factores de riesgo moderado o alto.

383. A la hora de realizar una restauración definitiva en un molar afectado por el Síndrome de Hipomineralización Incisivo-Molar (HIM), ¿cuál es el principal problema clínico que compromete la longevidad del tratamiento?

a) La deficiente calidad del patrón de grabado ácido y la baja resistencia cohesiva del esmalte hipomineralizado.
b) La ausencia total de sensibilidad postoperatoria debido a la esclerosis dentinaria.
c) La excesiva dureza del esmalte que impide el tallado con fresas de diamante.
d) La imposibilidad de utilizar aislamiento absoluto con dique de goma.

384. Respecto a la hipomineralización incisivo molar y su patogenia, es cierto que:

a) Los primeros molares e incisivos permanentes comienzan a desarrollarse durante el primer año de vida del niño/a.
b) Los primeros molares e incisivos permanentes comienzan a desarrollarse a partir de los dos años de vida del niño/a.
c) La fase madurativa inicial de los primeros molares e incisivos permanentes tiene lugar al final del embarazo.
d) La fase madurativa inicial de los primeros molares e incisivos permanentes tiene lugar durante el primer año de vida del niño/a.

385. Entre los criterios que la Academia Europea de Odontopediatría establece para el diagnóstico de la hipomineralización incisivo molar se encuentran:

a) Presencia de opacidades delimitadas o circunscritas en molares o incisivos.
b) Rotura del esmalte pre-eruptiva.

c) Presencia de un primer molar permanente con una obturación de extensión y localización no habitual con opacidades en el resto de la corona o en otro molar.
d) a) y c) son ciertas.

386. La técnica de recubrimiento pulpar directo en dentición permanente debe emplearse en los siguientes supuestos:

a) Exposición pulpar puntiforme debida a caries, rodeada de dentina sana, en un diente clínica y radiográficamente asintomático.
b) Exposición mecánica menor de 3 mm debida a una preparación cavitaria excesiva.
c) Lesión traumática con fractura de corona y exposición pulpar menor de 3 mm con un tiempo transcurrido de 1 hora.
d) Todas son ciertas.

387. En cuanto al inicio de latencia (expresado en minutos) en las combinaciones farmacológicas usadas en sedación odontopediátrica, es FALSO que:

a) El inicio de latencia de meperidina+hidroxicina es 40-45 minutos.
b) El inicio de latencia de midazolam+meperidina es 10-30 minutos.
c) El inicio de latencia de midazolam+hidroxicina es 40-60 minutos.
d) El inicio de latencia de hidrato de cloral+hidroxicina es 40-50 minutos.

388. En odontología pediátrica es FALSO que:

a) En sedación en niños/as mediante técnica inhalatoria si la inducción del protóxido es rápida, se administra el óxido nitroso al 35 % o 40 % y el oxígeno al 60 %.
b) El diazepam y midazolam potencian la acción inhibitoria, mediada por el GABA, son liposolubles y se absorben bien por vía oral.
c) El diazepam está indicado para la sedación ligera en niños/as con ansiedad y miedo.
d) La vida media de eliminación de la hidroxicina es de 3 horas en niños/as pequeños/as o de hasta 20 horas en adultos.

389. En relación con la odontología pediátrica, es cierto que:

a) El midazolam tiene propiedades ansiolíticas, es hidrosoluble y su vida media es más corta que el diazepam.
b) La dosis terapéutica de meperidina para que en niños/as pequeños/as el estado ideal para la sedación sea un sueño leve del cual puedan ser fácilmente despertados es de 35-50 mg/Kg.
c) El síndrome de Laurence-Moon-Bield y síndrome de Prader Willi están ligados al cromosoma Y.
d) Todas las afirmaciones anteriores son ciertas.

390. Uno de los objetivos del control de conducta en la consulta de odontopediatría es:

a) Evitar la entrada de los padres para que no interfieran en el tratamiento dental.
b) Ganar la confianza del niño y los padres y su aceptación del tratamiento dental.



c) Conseguir que la intervención dental sea lo más corta posible.
d) a) y c).

391. La hidroxicina como premedicación en odontopediatría:

a) Por su gran margen de seguridad puede usarse en dosis divididas protocolizadas de 25 g dos horas antes de la visita y una segunda dosis de 25 mg una hora antes.
b) Se emplea en una única administración la noche anterior a la visita dental.
c) No puede emplearse en combinación con fármacos depresores del sistema nervioso central como narcóticos o hipnóticos.
d) a) y c) son correctas.

392. Entre las técnicas de control de la conducta del niño/a mediante limitación de movimientos, señale cuál deberá evitarse:

a) Abrebocas.
b) Técnica de "mano sobre boca".
c) Inmovilización médica por el equipo de atención dental.
d) Toalla de nylon con cierres de velcro.

393. La técnica"decir-mostrar-hacer" está DESACONSEJADA durante:

a) La exploración con sonda y espejo.
b) La exploración radiográfica.
c) El procedimiento anestésico.
d) El procedimiento de obturación.

394. En caso de sedación con medicación oral, el fármaco de elección en odontopediatría es:

a) Hidroxicina.
b) Dolantina.
c) Midazolam.
d) Meperidina.

395. ¿Cuál es el riesgo de salud más crítico que se debe monitorizar en un/a paciente con Síndrome de Down durante el manejo clínico en el gabinete?

a) El riesgo de hemorragia por malformaciones vasculares periféricas.
b) La inestabilidad atlanto-axial y el riesgo de obstrucción de la vía aérea.
c) La aparición de una crisis epiléptica por estímulos lumínicos.
d) La hipersensibilidad severa a cualquier anestésico tipo amida.



396. En el manejo de un paciente con Parálisis Cerebral que presenta espasticidad y reflejos de mordida involuntarios, ¿cuál es la estrategia de seguridad prioritaria?

a) Inmovilización total del torso y extremidades mediante cinchas rígidas.
b) El uso exclusivo de abrebocas de plástico flexibles.
c) La estabilización de la cabeza en la línea media y el uso de abrebocas rígidos.
d) Realizar todo el tratamiento en posición de Trendelenburg.

397. Para reducir la ansiedad por incertidumbre en un/a niño/a con Trastorno del Espectro Autista, ¿qué técnica de comunicación ha demostrado mayor eficacia clínica?

a) Hablar de forma constante y rápida para evitar silencios incómodos.
b) La técnica “decir mostrar hacer” para centrar su atención.
c) El refuerzo negativo mediante la retirada de estímulos visuales.
d) La anticipación mediante secuencias visuales, pictogramas o "historias sociales".

398. Al aplicar la técnica de "Decir-Mostrar-Hacer", ¿cuál es el error más común que invalida su eficacia clínica?

a) No utilizar un lenguaje adaptado a la edad cognitiva del niño/a.
b) Realizar la fase de ejecución sin que el niño/a haya comprendido la fase de "enseñar".
c) Usar instrumentos reales durante la fase de "mostrar" en lugar de analogías.
d) Prolongar demasiado la explicación antes de pasar a la acción.

399. Respecto al control farmacológico de la ansiedad, ¿cuál es la ventaja del Midazolam por vía oral frente a otras benzodiacepinas en niños/as?

a) Su larga duración, que permite realizar tratamientos de más de 3 horas.
b) Que produce una sedación profunda idéntica a la anestesia general.
c) Que no requiere monitorización de la saturación de oxígeno.
d) Su rápido inicio de acción y la capacidad de producir amnesia anterógrada del evento.

400. Tras la administración de Midazolam por vía oral para la sedación consciente de un/a paciente pediátrico/a, ¿cuál es el efecto secundario paradójico que puede aparecer y que obliga a monitorizar la conducta del niño/a?

a) Una somnolencia profunda inmediata.
b) Una parálisis temporal de los músculos masticatorios.
c) Una reacción de desinhibición o agitación psicomotriz.
d) Una pérdida total de la sensibilidad táctil sin necesidad de anestesia local.

401. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en los/las niños/as que presentan Síndrome de Down:

a) Rara vez presentan agenesias.
b) No suelen presentar apiñamientos dentales.
c) Son más frecuentes las gingivitis y periodontitis.



d) Todas son ciertas.

402. En relación a la administración de anestésicos locales en pacientes de avanzada edad, señale la afirmación FALSA:

a) En pacientes de avanzada edad, es necesario ajustar la dosis administrada, para evitar toxicidad.
b) Se debe evitar en el uso de lidocaína con vasoconstrictor en pacientes que se encuentra bajo tratamiento con antiarrítmicos o beta-bloqueantes.
c) Está contraindicada de manera absoluta la sedación endovenosa, por el riesgo de depresión respiratoria.
d) La prilocaína puede producir depresión miocárdica, si interacciona con antiarrítmicos.

403. ¿Qué técnica anestésica es también conocida como "anestesia infiltrativa"?

a) Anestesia parenteral.
b) Anestesia intraósea superficial.
c) Anestesia colateral.
d) Anestesia paraapical supraperióstica.

404. Cuando, tras el bloqueo del nervio alveolar superior posterior, se daña el músculo pterigoideo externo, se observa:

a) Trismo y laterodesviación dificultada hacia el lado afectado.
b) Dificultad para laterodesviación hacia el lado no afectado.
c) Laterodesviación espontánea hacia el lado afectado.
d) Trismo y amaurosis transitoria en el ojo homolateral.

405. Indique en qué condición se puede utilizar un cartucho de anestesia:

a) Cuando la tapa del diafragma está oxidada, pero conserva su integridad.
b) Cuando el émbolo está parcialmente extruido.
c) Cuando hay burbujas de 1 mm de diámetro en el interior.
d) Cuando hay un cambio de coloración tras la introducción en autoclave.

406. Indique qué espacio anatómico se atraviesa en la anestesia del nervio dentario inferior:

a) Espacio parafaríngeo.
b) Espacio pterigomandibular.
c) Espacio maseterino.
d) Espacio cigomático.



407. Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación a las benzodiacepinas:

a) Son agentes depresores del sistema nervioso central.
b) Tienen efecto ansiolítico, relajante muscular y anticonvulsivo.
c) Si se aumentan sus niveles en plasma sanguíneo pueden tener efecto sedante hipnótico.
d) Todas son ciertas.

408. Respecto a la anestesia del nervio mentoniano, es cierto que…

a) Está indicada para manipulaciones dentarias conservadoras del sector posterior.
b) No es necesario abrir la boca de manera amplia para poder realizarla.
c) Podría producir una anestesia del labio superior homolateral.
d) Es necesario introducir la aguja ligeramente en el agujero mentoniano.

409. ¿En cuál de las siguientes variantes de técnicas anestésicas no se emplea una aguja?

a) Anestesia subperióstica.
b) Anestesia por contacto.
c) Anestesia intraósea con técnica intraseptal.
d) Anestesia con jeringa autoaspirante.

410. En relación con el número de carpules permitidos de las soluciones anestésicas en el ámbito odontológico, según Lipp, es cierto que:

a) El número de carpules permitidos de Mepivacaína 3 % es 6,5.
b) El número de carpules permitidos de Lidocaína 2 % es 8,3.
c) El número de carpules permitidos de Lidocaína 2 % + adrenalina al 1:100.000 es 11,8.
d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

411. En cuanto a las técnicas extrabucales de anestesia del nervio alveolar inferior…

a) Son de uso habitual.
b) Tienen por objeto anestesiar también el nervio bucal.
c) Se realizan con agujas cortas.
d) Se podrían usar cuando el paciente no puede abrir la boca.

412. A la hora de realizar un procedimiento anestésico local en una intervención odontológica, usted debería tener en cuenta que:

a) Las fibras mielínicas más sensibles a los anestésicos locales son las más delgadas -A-beta-.
b) La sensibilidad a los anestésicos locales estará más agudizada en las fibras que transmiten el dolor -las amielínicas A y las mielínicas C-delta-.
c) Los anestésicos locales se comportan como curarinizantes por su acción postsináptica al impedir la liberación de acetilcolina.
d) Según Malamed, el número de carpules permitidos de Articaína 4 % + adrenalina al 1:100.000 es 6,9.

413. Señale la afirmación correcta:

a) Las fibras Aβ y C son fibras nociceptivas.
b) El bloqueo del dolor se produce después del bloqueo del estímulo térmico.
c) Las fibras Aδ son las más sensibles a los anestésicos locales.
d) El grosor del nervio no influye en el efecto del anestésico local.

414. ¿Cuál de los siguientes es un anestésico de tipo éster?

a) Procaína.
b) Lidocaína.
c) Prilocaína.
d) Ropivacaína.

415. La anestesia local se puede producir de las siguientes formas:

a) Induciendo una isquemia tisular.
b) Mediante la presión sobre el tronco nervioso.
c) Mediante la aplicación de frío.
d) Todas las anteriores.

416. Señale la afirmación correcta:

a) El IV par craneal es el principal nervio de interés en la anestesia bucodental.
b) El nervio infraorbitario es una rama proximal del nervio maxilar superior.
c) El nervio alveolar superior medio es inconstante.
d) Todas las anteriores son correctas.

417. Señale cuál de las siguientes técnicas anestésicas NO anestesia el nervio alveolar inferior:

a) Técnica de Gow-Gates.
b) Técnica de Berg-Klein-Sicher-Kantorowicz.
c) Técnica de Arthur Smith.
d) La a) y la b) son correctas.

418. En cuanto a proyecciones radiográficas maxilofaciales/craneales es cierto que:

a) Una de las indicaciones principales de la proyección craneal lateral verdadera es hipoplasia o hiperplasia condilares.
b) Una de las indicaciones principales de la proyección posteroanterior de mandíbula es enfermedades que afecten la silla turca.
c) Una de las indicaciones principales de la proyección occipitomentoniana estándar es valoración de senos frontales y etmoidales.
d) Una de las indicaciones principales de la proyección posteroanterior de cráneo es evaluación de senos esfenoidales.

419. En cuanto al aspecto que presentan las secuencias de imágenes de resonancia magnética potenciadas en T1 y potenciadas en T2 en función de los tejidos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Agua: T1 Oscuro, T2 Brillante.
b) Hueso cortical: T1 Muy oscuro, T2 Medio.
c) Disco de la articulación temporomandibular: T1 Muy oscuro, T2 Oscuro
d) Todas las asociaciones son ciertas.

420. En una radiografía intraoral, la resolución de la imagen será mejor:

a) Cuanto más cerca esté el objeto del foco de rayos X.
b) Cuanto más se prolongue el tiempo de disparo.
c) Cuando el objeto se encuentra situado más hacia palatino o lingual.
d) Cuanto más aumente la distancia objeto – placa.

421. Una imagen radiográfica cuyo aspecto se describe como "en rayos de sol" es sugerente de la siguiente lesión:

a) Ameloblastoma.
b) Mixoma odontogénico.
c) Displasia fibrosa.
d) Osteosarcoma.

422. El factor de magnificación de la altura ósea en una Ortopantomografía normalmente realizada es de:

a) 1,03.
b) 1,13.
c) 1,23.
d) 1,43.

423. Señale la característica correcta de los efectos NO ESTOCÁSTICOS de la radiación:

a) Se deben al azar.
b) Tienen una dosis umbral por debajo de la cual no aparecen.
c) Son los de ocurrencia más probable en radiodiagnóstico odontológico.
d) La gravedad de la respuesta no es proporcional a la dosis.

424. En cuanto a la dosis efectiva (E) expresada en milisievert (mSv) de diversas exploraciones radiográficas odontológicas, es FALSO que:

a) La dosis efectiva de una Tomografía Computarizada (TC) craneal es 1,4.
b) La dosis efectiva de una radiografía de cráneo lateral es 0,016.
c) La dosis efectiva de una Tomografía Computarizada (TC) de mandíbula y maxilar es 0,25-1,4.
d) La dosis efectiva de una radiografía de cráneo posteroanterior es 0,2.



425. La técnica radiográfica doble, basada en la regla de Clark (ley del objeto vestibular) usada para localizar un canino incluido en la zona vestibular del maxilar:

a) Haremos una radiografía intraoral de la zona canina con un paralelizador, y posteriormente otra, con el foco del aparato de rayos un poco más distalizado, el canino incluido se "moverá" hacia mesial.
b) Haremos una radiografía intraoral de la zona canina con un paralelizador, y posteriormente otra, con el foco del aparato de rayos un poco más mesializado, el canino incluido se "moverá" hacia mesial.
c) El canino, al estar incluido, no se "mueve".
d) Esta técnica solo sirve para caninos incluidos en la zona palatina.

426. La ortopantomografía está indicada en:

a) Cuando una lesión ósea o un diente no erupcionado tenga un tamaño o posición que posibilite su visualización con radiografías intraorales.
b) La evaluación de los terceros molares antes de una intervención quirúrgica programada.
c) El control activo periódico de terceros molares no erupcionados.
d) Todas las anteriores.

427. Son criterios de calidad de una ortopantomografía, EXCEPTO:

a) Los molares derechos e izquierdos deben ser iguales en su dimensión mesiodistal.
b) La imagen del paladar duro debe aparecer por encima de los ápices de los dientes superiores.
c) La magnificación en los planos vertical y horizontal debe ser la misma.
d) La visualización de los cóndilos mandibulares depende de la indicación de la radiografía.

428. Respecto a la dosis efectiva, señale la afirmación correcta:

a) Su cálculo se basa en la asunción de que algunos tejidos del cuerpo son más sensibles a la radiación que otros.
b) El factor de ponderación de la médula ósea es mayor que el del tiroides.
c) La suma de los factores de ponderación de tejido individuales representa el factor de ponderación para todo el cuerpo.
d) Todas son ciertas.

429. Señale la afirmación INCORRECTA sobre el aspecto radiológico de los procesos inflamatorios periapicales:

a) En la propagación inicial de la inflamación se observa la pérdida de la línea radiopaca de la lámina dura en el ápice.
b) En la inflamación inicial aguda siempre se observa ensanchamiento del ligamento periodontal.
c) En la inflamación crónica inicial se observa hueso denso esclerosado periapical.
d) En la inflamación crónica posterior se observa pérdida ósea en grado variable.

430. Señale la afirmación INCORRECTA en relación con la limitación de dosis radiológica en pacientes:

a) No existen límites de dosis establecidos.
b) Las exposiciones deben mantenerse tan bajas como sea razonablemente realizable.
c) Es importante valorar que los resultados de la técnica vayan a influir en el diagnóstico y ulterior tratamiento.
d) Todas son correctas.

431. Respecto a la inducción de cáncer por los rayos X:

a) La CIPR sugiere que existe una probabilidad de 1/40.000 de desarrollar un cáncer mortal por cada 1 mSv de dosis efectiva.
b) El riesgo es mayor en jóvenes de entre 20 y 30 años que en personas mayores.
c) La radiografía periapical tiene un riesgo mayor que la oclusal.
d) En niños/as el riesgo es menor que en adultos.

432. NO es un criterio de calidad ideal de la radiografía de aleta de mordida:

a) Debe incluir desde mesial del canino hasta distal del segundo molar.
b) Definición aceptable, sin distorsiones ni borrosidad.
c) Deben aparecer las crestas alveolares del maxilar y la mandíbula.
d) Todas son ciertas.

433. Según la Academia Europea de Odontología Pediátrica, si realizamos una radiografía de aleta de mordida a una niña de 9 años, deberemos realizar la siguiente:

a) A los 2 años si es paciente de bajo riesgo.
b) Al año si es paciente de alto riesgo.
c) A los 2 años si es paciente de alto riesgo.
d) A los 5 años si es paciente de bajo riesgo.

434. Es una indicación de la tomografía computarizada de haz cónico:

a) La evaluación rutinaria de la anatomía del conducto radicular.
b) La planificación de colocación de anclajes temporales en ortodoncia.
c) El diagnóstico rutinario de la enfermedad periapical.
d) La evaluación del paladar hendido.

435. NO es una característica radiológica habitual del queratoquiste odontogénico:

a) Desplazamiento dentario.
b) Bordes lisos y escleróticos.
c) Perforación cortical.
d) Zonas de mineralización de radiopacidad variable.



436. En el diagnóstico diferencial de las lesiones radiomixtas de los maxilares NO debemos incluir:

a) Tumor de Pindborg.
b) Displasia fibrosa.
c) Ameloblastoma.
d) Displasia cementoósea periapical.

437. En relación con la seguridad microbiológica en Odontología, es FALSO que:

a) Los indicadores clase 5 para el control del proceso de esterilización verifican e integran todos los parámetros críticos del proceso de esterilización con una seguridad del 95 %.
b) En el proceso de esterilización por calor para una presión de 1,5 atmósferas y temperatura de 121 ºC el tiempo de exposición es 15 minutos.
c) Los indicadores clase 2 para el control del proceso de esterilización se emplean para verificar pruebas específicas de funcionamiento de los esterilizadores.
d) En el proceso de esterilización por calor para una presión de 2,9 atmósferas y temperatura de 134 ºC el tiempo de exposición es 3 minutos.

438. Dentro de las actuaciones tras accidente biológico accidental en un consultorio odontológico, es FALSO que:

a) Dentro de la actuación inmediata general tras el accidente se considera que un trabajador sanitario es susceptible de VHB cuando presente HBsAg negativo, anti-HBc negativo y anti-HBs<10 mUI/ml.
b) Dentro de la actuación inmediata general tras el accidente es fundamental conocer las características serológicas del paciente fuente.
c) Dentro de la actuación inmediata general tras el accidente si el paciente no conoce sus características serológicas, hay que solicitarle estudio serológico parcial previo consentimiento informado.
d) Dentro de la actuación inmediata local tras el accidente en caso de salpicadura a mucosa se debe realizar lavado de arrastre con agua abundante y/o suero fisiológico durante 10- 15 minutos.

439. En cuanto a los desinfectantes químicos líquidos más utilizados en odontología, es cierto que:

a) La concentración bactericida óptima de los alcoholes está en un rango de 6 % a 9 % por volumen.
b) El peróxido de hidrógeno estabilizado tiene espectro bactericida (micobactericida), fungicida, virucida y esporicida en concentraciones del 6 % al 7 %.
c) La concentración mínima de cloro y compuestos clorados para eliminar las microbacterias es 0,01 % durante 10 minutos.
d) El ácido peroxiacético en concentraciones bajas de 0,01 % a 0,02 % en un tiempo entre 10 a 15 minutos, tiene rápida acción contra microorganismos.

440. En cuanto al protocolo de actuación ante accidente con material biológico en consultas dentales, usted debe saber que es cierto que:

a) En relación a la hepatitis B: El riesgo a desarrollar una hepatitis clínica en el personal sanitario que ha sufrido una inoculación accidental, si la sangre es antígeno de superficie (AgHBs) positivo y antígeno e (AgHBe) positivo, es del 32-61 %, frente al 1-6 % si solo es AgHBs positivo.
b) La transmisión de la hepatitis C ocurre principalmente por contacto con sangre y otros hemoderivados por vía parenteral o percutánea, sin embargo, se ha demostrado clínicamente, de manera muy poco habitual, de transmisión por exposición mucosa y/o contacto con piel intacta.
c) El riesgo de que el personal sanitario adquiera una hepatitis C como consecuencia de un accidente con material biológico es del 1,8 % (IC 95 %, 0-7 %).
d) El riesgo medio de transmisión del VIH después de una exposición percutánea a sangre infectada se ha estimado en el 0,05 % (IC95 %, 0,02-0,3 %), y después de una exposición a mucosas del 0,009 % (IC 95 %, 0,006-0,5 %).

441. Respecto a las recomendaciones sobre limpieza, desinfección y esterilización en la consulta dental, los instrumentos rotatorios, instrumentos de higiene dental por ultrasonidos y sus insertos:

a) Deben someterse a desinfección de alto nivel, entre paciente y paciente.
b) Debe procederse siempre entre paciente y paciente a desinfección de su superficie y esterilización de las fresas o insertos empleados.
c) No es necesario esterilizarlos en todos los pacientes tras su uso, pero sí deben esterilizarse al finalizar cada jornada.
d) Aunque se trata de un ítem semicrítico, se ha demostrado que su mecanismo interno puede verse contaminado por material del paciente durante su uso por lo que debe esterilizarse siempre entre paciente y paciente mediante calor.

442. Respecto a la esterilización del material e instrumental utilizados en la consulta dental, señale cuál de las siguientes afirmaciones es cierta:

a) Las curetas periodontales pueden desinfectarse mediante baño de ultrasonidos y desinfección de alto nivel evitando así su desafilado.
b) La mayoría de los instrumentos dentales pueden esterilizarse en autoclave sin necesidad de limpieza o desinfección previa.
c) El test de esporas de la autoclave debe realizarse al menos una vez al mes.
d) La mayoría del instrumental semicrítico tolera bien el calor, por lo que es recomendable esterilizarlo en la autoclave.

443. Entre las siguientes acciones para la manipulación segura de objetos punzantes, señale cuál es correcta:

a) Tapar la aguja utilizando la técnica a dos manos.
b) Doblar las agujas antes de desecharlas.
c) Ubicar los recipientes contenedores cerca del área de uso.
d) No recambiar la aguja cuando se efectúa una reanestesia.



444. Señale cuál de las siguientes acciones es correcta:

a) Reutilizar los guantes cuando solamente han tocado piel sana.
b) Esterilizar los carpules que conservan contenido sobrante.
c) Cambiarse la mascarilla mojada durante la intervención con paciente.
d) Ninguna de las anteriores es correcta.

445. En la esterilización con autoclave, la prueba de esporas se debe realizar:

a) Semanalmente como mínimo.
b) Quincenalmente como mínimo.
c) Mensualmente, cuando se hace monitorización físico-química diaria.
d) Cada 48 horas como mínimo.

446. En caso de producirse una salpicadura de material biológico en una mucosa durante la actividad laboral, ¿cuál es la medida de actuación inmediata recomendada?

a) Lavado con agua y jabón durante 5 minutos.
b) Lavado de arrastre con agua abundante y/o suero fisiológico durante 10-15 minutos..
c) Desinfección inmediata con hipoclorito de sodio diluido al 5 %.
d) Aplicar povidona yodada y cubrir con un apósito.

447. ¿En qué situación es mayor el riesgo de desarrollar una hepatitis clínica para un profesional sanitario tras una inoculación accidental con sangre contaminada por el virus de la Hepatitis B (VHB)?

a) Cuando la sangre es solo antígeno de superficie (AgHBs) positivo.
b) Cuando el profesional tiene anticuerpos anti-HBs superiores a 10 mUI/ml.
c) Cuando la sangre es positiva tanto para el antígeno de superficie (AgHBs) como para el antígeno e (AgHBe).
d) El riesgo es el mismo independientemente de los antígenos presentes.

448. De acuerdo con la clasificación de riesgo, ¿qué requerimiento de procesamiento es obligatorio para el material crítico?

a) Desinfección de bajo nivel con amonios cuaternarios.
b) Limpieza vigorosa con un paño húmedo.
c) Desinfección de nivel intermedio con alcohol al 70 %.
d) Esterilización.

449. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto al procesamiento de las piezas de mano (turbinas y micromotores), según las normas de bioseguridad?

a) Deben limpiarse en un baño de ultrasonidos antes de su esterilización.
b) Deben ser esterilizadas obligatoriamente entre paciente y paciente.

c) La lubricación debe realizarse únicamente después de completar el ciclo de autoclave.
d) Al ser material semicrítico, basta con una desinfección de nivel intermedio con alcohol.

450. Entre las vacunas especialmente recomendadas para los profesionales de la salud bucodental se encuentra:

a) Meningococo.
b) Hepatitis B.
c) Tuberculosis.
d) Gripe.

EJERCICIOS PRÁCTICOS

CASO CLÍNICO 1:



Acude a la consulta un varón de 56 años. A la exploración de la cavidad oral se evidencia la lesión que se ve en la foto, el paciente no sabe el tiempo de evolución. No presenta otras lesiones en boca, y el paciente no refiere sintomatología asociada. El tamaño es mayor a 200 mm^2. En la anamnesis se pone de manifiesto que el paciente fuma 20 cigarrillos al día y consume alcohol de manera habitual.

451. ¿Cuál sería el diagnóstico de presunción?

a) Eritroplasia.
b) Liquen plano oral.
c) Leucoplasia.
d) Candidiasis pseudomembranosa.

452. ¿Qué actitud terapéutica de las siguientes está indicada en ese caso?

a) Actitud expectante.
b) Instrucciones de higiene oral.
c) Biopsia y estudio anatomopatológico.
d) Enjuagues con clorhexidina durante 1 semana.

453. ¿Cuál de los siguientes factores en este caso son de riesgo para la posible malignización de esta lesión?

a) El sexo del paciente.
b) La relación con estructuras vecinas.
c) El tamaño.
d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

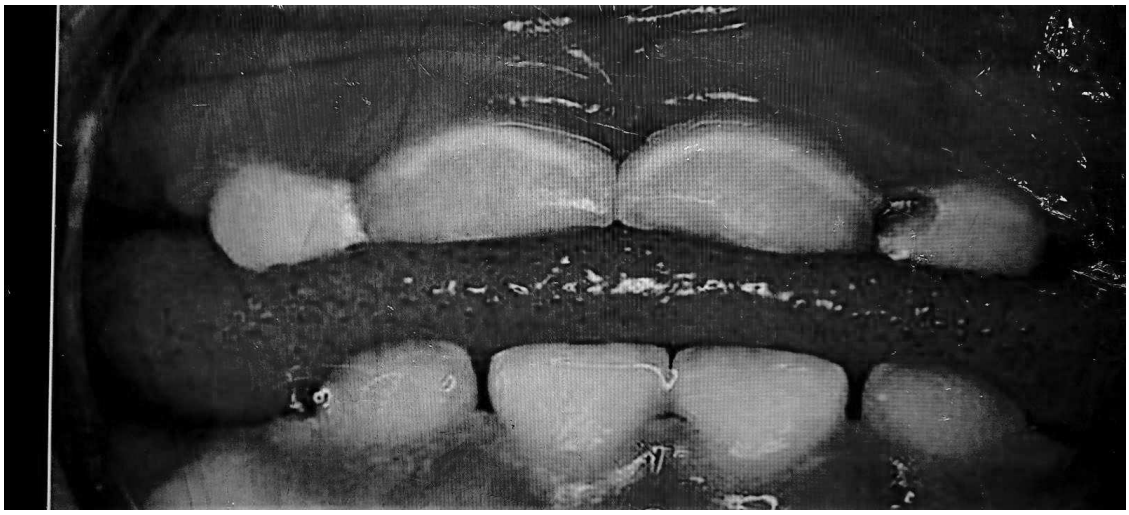
454. En el caso de que optásemos por realizar una biopsia y esta evidenciase una displasia leve asociada a la lesión, ¿cuál sería la actitud terapéutica a tomar?

a) Eliminación completa de la lesión.
b) Tratamiento farmacológico con retinoides.
c) Eliminación de hábitos tóxicos y control de la evolución cada 6 meses.
d) Aplicación de acetónido de triamcinolona en orabase durante 2 semanas

455. En el caso de que optásemos por realizar una biopsia y esta nos mostrase que la lesión NO tiene displasia, ¿cuál sería la actitud terapéutica a tomar?

a) Eliminación completa de la lesión.
b) Tratamiento farmacológico con retinoides.
c) Eliminación de hábitos tóxicos y control de la evolución cada 6 meses.
d) Aplicación de acetónido de triamcinolona en orabase durante 2 semanas

CASO CLÍNICO 2:



La imagen muestra un lactante varón con erupción de 8 incisivos. Su madre lo trae a consulta porque se ha percatado de que tiene unas manchas blancas desde hace un tiempo que no puede precisar con exactitud y que están cambiando de color

456. Basándonos en la imagen podríamos estimar la edad del paciente en:

a) 5 meses.
b) 16 meses.
c) 24 meses.
d) 30 meses.

457. Se han usado varios términos para designar esta afectación. El que mejor refleja su etiología multifactorial y que utilizamos actualmente es:

a) Caries rampante.
b) Caries del biberón.
c) Caries del lactante.
d) Caries de aparición temprana.

458. El éxito a medio plazo en el control de esta afectación se basa en:

a) El tratamiento directo intervencionista de la afectación por el profesional.
b) El control de la transmisión del Streptococcus mutans.
c) La disposición de los padres y madres para controlar los factores que la provocan.
d) Acudir regularmente a las revisiones periódicas con su odontólogo.

459. El abordaje médico por parte del profesional debe incluir los siguientes ámbitos de actuación:

a) Control de placa y su bacteriología.
b) Utilización de flúor.
c) Modificación de hábitos y dieta.
d) Todos.

460. Ante esta situación, qué preguntaremos a los padres:

a) Qué forma y hábitos de alimentación tiene.
b) Si realizan una higiene diaria mañana y noche.
c) Si tienen hábitos de transmisión de saliva.
d) Todos.

CASO CLÍNICO 3:



Varón de 32 años de edad que acude por dolor gingival difuso de comienzo súbito en toda la boca, desde hace dos días. El sangrado, tanto espontáneo como durante la masticación, le impide una alimentación normal. Acude al dentista tras haber sido atendido la víspera por su médico de atención primaria, quien tras pautarle comprimidos de tramadol con paracetamol y recomendarle enjuague antiséptico, le refiere al dentista.

A la inspección visual se evidencia una inflamación gingival generalizada en ambas arcadas, tal y como muestran las imágenes que se aportan. Muestra halitosis intensa y una caries con necrosis pulpar y destrucción coronal parcial en 4.6. No hay movilidad dental. El gran disconfort del paciente le lleva a rechazar cualquier intervención o intento de exploración con sonda periodontal. No se detectan adenopatías y está afebril.



Antecedentes recogidos: fumador y bebedor moderado de alcohol. Refiere no consumir drogas. Diagnosticado de trastorno obsesivo compulsivo con crisis de ansiedad, está medicado desde hace unos 10 años con medicación antidepresiva (Escitalopram®). Hábito de cepillado irregular (no diario).

461. Indicar cuál debe ser la primera actitud respecto al tratamiento local:

a) Curetaje periodontal inmediato bajo anestesia local.
b) Posponer la intervención periodontal, e instaurarla tan pronto como sea posible, tras tratamiento farmacológico adecuado.
c) Limpieza con cepillo mecánico y aplicación de gel de clorhexidina.
d) Tartrectomía sin anestesia e irrigación con peróxido de hidrógeno al 3 %.

462. ¿Cuál es el curso evolutivo esperable en esta patología?

a) Sin tratamiento adecuado evoluciona a una periodontitis agresiva generalizada.



b) Sin tratamiento adecuado evoluciona a una gingivitis descamativa crónica.
c) Siempre deja como secuela una pérdida de inserción periodontal.
d) Puede curar sin secuelas o evolucionar a una pérdida de soporte periodontal.

463. Respecto a la etiología de esta patología, elija la respuesta correcta:

a) Es causada por bacterias en presencia de factores favorecedores locales y generales.
b) Es una mucositis de origen vírico.
c) Es una reacción adversa de origen medicamentoso.
d) Es de origen autoinmune.

464. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta para este caso?

a) Para el diagnóstico definitivo son determinantes los anticuerpos anti-membrana basal.
b) Este tipo de lesiones orales se incluyen entre las comúnmente asociadas al VIH.
c) Es relativamente frecuente la asociación a glositis migratoria.
d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

465. Para el tratamiento sistémico, además del uso de analgésicos, se debe incluir:

a) Metronidazol o Amoxicilina-clavulánico, durante 8-10 días.
b) Aciclovir durante 7 días.
c) Prednisona comenzando con 1 mg/kg/día y reduciendo progresivamente la dosis.
d) Nistatina o miconazol durante 3-4 semanas, según evolución.

CASO CLÍNICO 4:



Paciente de 8 años y 9 meses que acude a nuestra consulta de padi. La madre refiere que desde hace bastante tiempo se queja de molestias dentales al tomar bebidas o alimentos fríos. Anteriormente ha estado en otro dentista quien le realizó una obturación y le citó para realizar otra, pero el niño no quiso volver.

466. En relación al primer molar permanente inferior izquierdo resultan elementos clave para el diagnóstico:

a) Las opacidades amarillentas delimitadas en la corona.
b) Las fracturas del esmalte post-erupción.
c) La hipersensibilidad al frío.
d) Todas son ciertas.



467. En un caso como el que presenta este niño:

a) Es probable que encontremos la misma patología en alguno o varios de los molares permanentes y/o incisivos centrales restantes.
b) La probabilidad de encontrar más lesiones en los otros molares permanentes no es mayor que en cualquier otro niño.
c) Podrían estar afectados los segundos molares temporales.
d) a) y c) son ciertas.

468. A la hora de llevar a cabo el tratamiento de la lesión del primer molar permanente inferior izquierdo:

a) Se puede eliminar todo el esmalte aparentemente defectuoso, lo que evitará fracasos prematuros, aunque sacrificará mucho tejido.
b) Se puede eliminar solo el esmalte más poroso, dejando el que resiste a una fresa de baja velocidad, pero el riesgo de fracasos marginales y múltiples reintervenciones aumentará.
c) Se ha postulado tratar el esmalte remanente antes del grabado con hipoclorito sódico al 5 % para eliminar las proteínas y mejorar la adhesión.
d) Todas son ciertas.

469. La hipersensibilidad a los cambios térmicos que experimentan casos como este:

a) Puede ir de ligera a muy intensa, aun cuando no haya pérdida de esmalte.
b) Puede dificultar conseguir una anestesia correcta.
c) En ocasiones, incluso el cepillado dental provoca un dolor intenso.
d) Todas son ciertas.

470. El diagnóstico que corresponde a este caso:

a) Se debe a una alteración cuantitativa de la formación del esmalte.
b) Se debe a una alteración cualitativa de la formación del esmalte.
c) Tiene su etiopatogenia en la falta de un nivel adecuado de flúor en el agua de consumo.
d) Tiene su etiopatogenia en una insuficiente higiene dental acompañada de un elevado consumo de azúcares entre horas.

CASO CLÍNICO 5:



Varón. 50 años. Desde hace un mes presenta dolor oral con lesiones en cavidad oral que se han autotratado con ácido hialurónico, enjuagues con clorhexidina e ibuprofeno, y no ha mejorado. A la exploración, presenta una afectación en la mucosa oral, con erosiones de distinto tamaño, muy superficiales, irregulares y muy dolorosas. Aparece en alguna zona restos de epitelio desprendido (sobre todo en mucosa yugal, labios, encía adherida y paladar blando). La encía en algunas zonas aparece eritematosa, brillante, fina con algunas vesículas que, al tocarlas, se desprende el epitelio dejando tejido conectivo hemorrágico expuesto.

471. El diagnóstico de sospecha se confirma mediante:

a) Citología exfoliativa: imagen en "cielo estrellado".
b) Biopsia incisional remitida en formol al 10 %: ampolla intraepitelial con aumento del estrato espinoso de Malpighi y, biopsia incisional remitida en suero fisiológico para hacer inmunofluorescencia directa: depósitos de IgA y factor C5 del complemento en espacios intercelulares del epitelio.
c) Inmunofluorescencia indirecta: anticuerpos circulantes antisuperficie de las células epiteliales tipo IgG 4 e IgA 2.
d) Inmunoprecipitación: es lo más definitivo e identifican los antígenos diana reconocidos por los autoanticuerpos del paciente.

472. El tratamiento del proceso se realiza mediante:

a) AINE a altas dosis.
b) Corticoides, Inmunosupresores. Anticuerpos monoclonales.
c) AINE a bajas dosis. Antibióticos.
d) Antibióticos. Metotrexato. Busulfán.

473. La lesión elemental es la ampolla. El diagnóstico del paciente es:

a) Pénfigo.
b) Eritema multiforme.
c) Síndrome de Stevens – Johnson.
d) Dermatitis herpetiforme.

474. A diferencia del pénfigo, en el penfigoide benigno de mucosas es cierto, EXCEPTO:

a) La edad de aparición es en torno a los 60 años y es más frecuente en mujeres.
b) Hay un depósito lineal de autoanticuerpos de la membrana basal.
c) Hay células acantolíticas de Tzanck.
d) Afecta a mucosas oral, ocular y genital.

475. Respecto al pénfigo paraneoplásico, señale la respuesta correcta:

a) Es una variante del pénfigo vulgar sin relación con enfermedades sistémicas.
b) Se asocia principalmente a neoplasias hematológicas y presenta una estomatitis oral severa.
c) Su inmunofluorescencia directa muestra depósito lineal de IgG en la membrana basal exclusivamente.
d) No presenta afectación cutánea, siendo un proceso limitado a la mucosa oral.

CASO CLÍNICO 6:

Un paciente de 43 años acude a la consulta de Odontología de su Centro Salud a las 8:10 de la mañana y le refiere que en menos de 2 meses ha notado un bulto en la encía superior en la zona del "colmillo de arriba a la derecha" (1.3) que ha crecido muy rápido. El paciente no fuma y está muy preocupado porque piensa "que es algo malo" y "se nota como un hormigueo que le llega a la nariz". Tras realizarle la historia clínica detallada el paciente le indica que no toma ninguna medicación, no le refiere antecedentes personales de interés ni presenta alergias conocidas a medicamentos. En la exploración intraoral usted observa un área blanquecina rodeada de una halo eritematoso irregular ligeramente sobreelevado en la zona vestibular de la encía del 1.3. A la palpación muestra una consistencia no muy dura. Como prueba inicial que le pueda ayudar decide realizar una radiografía periapical de la región del 1.3 en la que puede observar una zona de radiolucidez irregular.

476. ¿Qué diagnóstico de sospecha, de los siguientes, realizaría con los datos de los que dispone en ese momento

a) Carcinoma verrugoso.
b) Melanoma maligno.
c) Neurosarcoma.
d) Leiomiosarcoma.

477. ¿Qué prueba complementaria realizaría para el diagnóstico definitivo?

a) TC.
b) Estudio histopatológico.
c) Gammagrafía ósea.
d) RM.

478. En relación con la epidemiología de estas lesiones ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Se presentan exclusivamente en mujeres entre la segunda y tercera década de vida.
b) Son más frecuentes en hombres y pueden aparecer en un rango amplio de edad (20 a 60 años).
c) Se limitan a pacientes pediátricos y adultos mayores.
d) Son más comunes en mujeres y tienen un pico de incidencia entre los 60 y 80 años.

479. En relación con este caso, es FALSO que:

a) El vaciamiento ganglionar suele ser necesario.
b) La resección quirúrgica se debe realizar con amplios márgenes.
c) La radioterapia se usa para el control local adyuvante.
d) La quimioterapia se usa para casos de irresecabilidad.

CASO CLÍNICO 7:

Le llama un compañero por teléfono a las 13:30 horas muy preocupado, diciéndole que hace 5 meses realizó la exodoncia de un 3.8 incluido a un paciente de 32 años. Su compañero cree que está lesionado el nervio dentario inferior y el paciente le lleva refiriendo todas las semanas que ha perdido sensibilidad de la zona de la cara que va desde la muela del juicio que le quitó hasta la barbilla de ese lado. Su compañero le comenta que en la ortopantomografía observó superposición del conducto dentario inferior con las raíces del 3.8. El paciente le ha comentado que va a denunciarlo por negligencia.

480. Qué tendría que haber realizado, de entre las siguientes opciones, su compañero, antes de realizar la exodoncia del 3.8, para identificar anatómicamente la relación entre el conducto del dentario inferior con las raíces del 3.8?

a) Dos radiografías intrabucales, colocando el cono a +5 y -10 grados.
b) Dos radiografías intrabucales, colocando el cono a +10 y -10 grados.
c) Dos radiografías intrabucales, colocando el cono a +15 y -10 grados.
d) Tres radiografías intrabucales, colocando el cono a +5, -10 y -15 grados.

481. ¿Cuál de las siguientes relaciones anatómicas debería haber sabido su compañero que es cierta en la proyección a -10 grados?

a) Si la superposición del conducto dentario inferior y las raíces del tercer molar casi no varía, la relación es íntima.
b) Si el conducto del nervio dentario inferior asciende es que discurre por lingual al tercer molar.
c) Si el conducto del nervio dentario inferior desciende es que se sitúa por vestibular al tercer molar.
d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

482. ¿Qué recomienda Richards para identificar la relación entre el conducto dentario inferior con las raíces del tercer molar?

a) Tomar una primera radiografía con el rayo central del haz paralelo a la placa. A continuación, con una película colocada en la misma posición que la primera, se desplaza el tubo hacia abajo entre 20 y 25°.
b) Tomar una primera radiografía con el rayo central del haz perpendicular a la placa. A continuación, con una película colocada en la misma posición que la primera, se desplaza el tubo hacia abajo entre 20 y 25°.
c) Tomar una primera radiografía con el rayo central del haz paralelo a la placa. A continuación, con una película colocada en la misma posición que la primera, se desplaza el tubo hacia arriba entre 15 y 20°.
d) Tomar una primera radiografía con el rayo central del haz perpendicular a la placa. A continuación, con una película colocada en la misma posición que la primera, se desplaza el tubo hacia abajo entre 15 y 20°.

483. De las siguientes afirmaciones, y teniendo en cuenta la clasificación de Seddon, ¿qué le diría a su compañero en relación con la lesión nerviosa del paciente?

a) Que tiene una neurapraxia por pérdida de continuidad entre los dos extremos del nervio.
b) Que tiene una axoneurapraxia sin mantenimiento del tejido conectivo de soporte.
c) Que tiene una axonotmesis con destrucción de la continuidad del axón.
d) Que tiene una neurotmesis y no es necesaria la excisión y reanastomosis.

CASO CLÍNICO 8:

Una paciente de 71 años (Isabel) acude a su consulta de Odontología de su Centro de Salud el 1 de octubre, porque hace dos días tuvo de repente un dolor muy fuerte "como si le estuvieran pinchando, como un rayo" que le duró un minuto calcula ella, "en una muela de arriba de la izquierda". Ella dice que nunca le había pasado. Usted tras realizar la exploración oral descarta patologías como fracturas, pulpitis y su diagnóstico de sospecha lo inclina a decidirse por una forma clásica de neuralgia trigeminal.

484. En relación con este caso y el dolor orofacial neuropático, es cierto que:

a) El tratamiento de la neuralgia trigeminal, en principio, no es farmacológico.
b) El diagnóstico diferencial de la neuralgia del trigémino con la cefalea neuralgiforme unilateral con inyección conjuntival y lagrimeo (SUNCT) se realiza mediante inyección del nervio infraorbitario con buena respuesta en la SUNCT y escasa en la neuralgia del trigémino.
c) En la neuralgia glosofaríngea, las características del dolor son similares a la neuralgia trigeminal, aunque con más duración que en esta.
d) Ante neuralgia trigeminal no hay que hacer diagnóstico diferencial con cefalea tipo TIC de Cluster.

485. Isabel le refiere que está en tratamiento con una pastilla para la depresión (que se toma por las mañanas) desde hace 4 años "porque murió su marido y desde entonces está muy triste y no puede dormir bien", pero que no recuerda el nombre. Esta circunstancia es especialmente importante desde el punto de vista odontológico, porque existen ciertos antidepresivos que pueden aumentar el riesgo de sangrado, e Isabel tiene un resto radicular del 3.5, que usted le recomienda que habría que extraer. ¿Con cuál de los siguientes antidepresivos usted sospecharía que podría haber un aumento en el sangrado postoperatorio, después de la exodoncia del resto radicular del 3.5?

a) Imipramina.
b) Sertralina.
c) Amitriptilina.
d) Doxepina.

486. Isabel se sincera con usted, porque no tiene con quién hablar, y le comenta que le han diagnosticado anemia, porque últimamente estaba "cansadilla", le hicieron unos análisis, pero los médicos no saben explicar la causa de la anemia. ¿Qué tipo de anemia sospecharía que tiene Isabel?

a) Anemia leve microcítica hipocrómica.
b) Anemia leve macrocítica hipercrómica.
c) Anemia leve macrocítica hipocrómica.
d) Anemia leve normocítica normocrómica.

487. Finalmente, le da cita en 2 semanas a Isabel, para ver si hay repetición de episodios de dolor y realizarle la exodoncia del resto radicular del 3.5. De pronto, se acuerda que, cuando le preguntó usted si tomaba algo para los huesos, en ese momento no cayó, pero que toma unas pastillas de calcio y una inyección que trae apuntada en un papel. Usted lee en el papel "denosumab, indicado por osteoporosis". Le pregunta cuándo se puso la última inyección y le contesta que el 31 de agosto. ¿Qué pauta de actuación realizaría para la exodoncia según las recomendaciones de diversos autores (en Bagán 2021) para que el riesgo de osteonecrosis de los maxilares sea bajo?

a) Realizaría la exodoncia a los 7 meses de la administración de denosumab volviendo a introducirlo a los 2 meses de la intervención.
b) Realizaría la exodoncia a los 5 meses de la administración de denosumab, volviendo a introducirlo al mes de la intervención.
c) No realizaría la exodoncia, porque está contraindicada.
d) Realizaría la exodoncia a los 8 meses de la administración de denosumab, volviendo a introducirlo a los 2 meses de la intervención.

CASO CLÍNICO 9:

María tiene 9 años y acude con su madre a su consultorio de Odontología de su Centro de Salud con un informe de un compañero. En el informe le indica que María hace 8 días tuvo una infección apical e inflamación progresiva en el 4.6 y le solicita que valore la lesión desde un punto de vista radiológico, ya que él no pudo por falta de infraestructura. La madre de María le informa que no tiene ninguna patología sistémica y que le llama la atención que su hija no refiere dolor. Al realizarle la exploración extraoral usted detecta una inflamación dura del hueso.

488. Al realizarle una radiografía oclusal inferior del cuadrante 4, usted observa formación nueva de hueso alrededor del área apical del 4.6, con un aspecto radiológico laminado en "piel de cebolla". ¿Qué sospecharía en primer lugar que es esta formación?

a) Hueso de mármol.
b) Remodelación trabecular.
c) Osteítis quística fibrosa.
d) Periostitis proliferativa.

489. ¿Cuál de las siguientes características NO se incluirían en la radiología dentro del cuadro que usted sospecha que tiene María?

a) Los bordes del área de destrucción son irregulares y poco definidos.
b) El aspecto radiológico es igual, independientemente de la respuesta inflamatoria subyacente.
c) Pueden existir áreas radiotransparentes desiguales.
d) Signos de formación de hueso nuevo, especialmente a lo largo del borde inferior de la mandíbula.

490. Si este cuadro de María hubiera tenido una evolución de 6 meses, ¿qué NO esperaría encontrar en el estudio radiológico?

a) Áreas de destrucción ósea apolilladas.
b) Secuestro radiopaco pequeño de hueso muerto dentro del área de destrucción ósea.
c) Signos de un involucro que rodea el área de destrucción tras una formación ósea subperióstica.
d) Debilidad del hueso circundante.

491. En relación con este cuadro, es cierto que:

a) Este cuadro afecta con más frecuencia al maxilar que a la mandíbula.
b) Los secuestros no suelen exfoliarse durante un periodo de varias semanas.
c) Afecta por lo general a pacientes jóvenes.
d) La radiografía lateral oblicua no es de utilidad para identificar las lesiones.

CASO CLÍNICO 10:

Acude a la consulta de Odontología de su Centro de Salud, remitido por el servicio de Pediatría del hospital de referencia, un niño de siete años acompañado de sus padres. Los padres tienen dificultades para entender el idioma al igual que el hijo. Como antecedentes personales destaca el fallecimiento de un hermano de 9 años hace dos años, de causa desconocida. A la exploración intraoral el niño presenta los siguientes dientes: 5.5, 5.4, 5.3, 5.2, 1.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 3.6, 7.5, 7.4, 7.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 8.4, 4.6. Los dientes temporales 5.4, 6.4, 6.5, 7.4, 7.5, 8.4, 8.5 presentan lesiones de caries. La higiene oral es deficiente. Se observa una masa fluctuante de color rojo-azulado sobre el diente 2.1 que está en erupción. El niño ha tenido un absceso vestibular en el primer molar temporal derecho, en el que se observa una lesión de caries avanzada, y refiere un dolor vivo que se acentúa con las comidas, que no responde a la analgesia ni al tratamiento antibiótico. En la exploración extraoral usted observa un hematoma en el mentón. El niño no coopera en la exploración, grita y su actitud es negativa. El informe del servicio hospitalario de Pediatría indica que el niño presenta una alteración congénita autosómica recesiva con una deficiencia moderada del factor VIII.

492. ¿Qué enfermedad hematológica sospecha usted que padece el niño?

a) Hemofilia B.
b) Hemofilia A.
c) Enfermedad de Von Willebrand tipo 3.
d) Anemia drepanocítica.

493. Las precauciones que usted debería tener en cuenta a la hora realizar la exodoncia del 5.4, previa consulta con el hematólogo, son:

a) Se le administrará en el hospital desmopresina y un anticoagulante. Para el manejo de la conducta, utilizaremos óxido nitroso.
b) Se le administrará en el hospital ácido tranexámico y heparina de bajo peso molecular. Para el manejo de la conducta, utilizaremos habilidades comunicativas acorde a la edad del paciente.
c) Se le administrará en el hospital un concentrado de factor VIII y desmopresina. Para el manejo de conducta, no utilizaremos óxido nitroso.
d) Se le administrará en el hospital un concentrado de antifibrinolíticos. Para el manejo de conducta, utilizaremos una benzodiacepina y óxido nitroso, en previsión de que se pueda arrancar la mascarilla.

494. Un mes después de la exodoncia del 5.4, usted realiza una valoración de la guía oclusal. Su indicación sería:

a) Mantener el espacio para el primer premolar derecho antes de que se produzca una pérdida de espacio y, en caso de que no hubiera una desviación de la línea media del arco inferior, prevenir la inclinación lingual de los incisivos.
b) Si no hay pérdida de espacio y la intercuspidación es en clase I, no estaría indicado un mantenedor de espacio en ninguno de los arcos dentales.
c) Si no hay pérdida de espacio y la intercuspidación es cúspide a cúspide, estaría indicado un mantenedor de espacio fijo. Si la línea media inferior estuviera desviada, se remitiría al ortodoncista.
d) Solo si hay desviación de la línea media del arco dental inferior se colocaría un mantenedor de espacio con topes por distal de incisivos laterales. En el arco superior, el objetivo es prevenir una clase II.

495. El diagnóstico diferencial en relación con la lesión descrita sobre 2.1 es:

a) Fibroma traumático, quiste linfoepitelial, absceso de tejidos blandos.
b) Hemangioma, fibroma de tejidos blandos, absceso de tejidos blandos.
c) Pigmentación post inflamatoria, equímosis, hiperplasia fibrosa.
d) Hemangioma, hematoma, granuloma piogénico.

CASO CLÍNICO 11:

Jaime de 4 años acude a su consulta de Odontología del Centro de Salud a las 12:20 horas acompañado de su madre (que está muy preocupada), porque se ha dado un golpe a las 11:05 horas cuando estaba jugando en el recreo en un diente superior. En concreto se trata del incisivo temporal maxilar central derecho. Clínicamente, usted observa una intrusión y que el diente permanece parcialmente visible mostrando un acortamiento de la longitud de la corona dentaria y hay hemorragia en el surco gingival.

496. Le realiza una radiografía para determinar la ubicación del diente y seguir la evolución. Con los datos que le ofrece la radiografía y los datos clínicos de los que dispone actualmente, es FALSO que:

a) Cuando la punta apical del diente se desplaza hacia vestibular alejándose del germen permanente, clínicamente se observa una inclinación hacia palatino de la corona.
b) Se apreciaría hemorragia y tumefacción en la zona vestibular si hay fractura alveolar por desplazamiento del diente.
c) Clínicamente, se observa un aplastamiento y compresión del hueso alveolar, con una reducción de la movilidad.
d) Como la lesión es reciente, a la percusión produce un ruido mate que se acompaña de dolor.

497. La madre tiene dudas y quiere que la tranquilice. En relación con la lesión y evolución del diente de Jaime, es FALSO que:

a) Una mayor visualización de la corona puede deberse a una menor inflamación de los tejidos gingivales y no siempre indica reerupción.
b) Cuando clínicamente se observa una inclinación hacia palatino de la corona, en la radiografía se observará un alineamiento normal de los gérmenes.
c) Si el diente temporal se desplaza hacia lingual, no hay un claro compromiso de daño al germen.
d) La raíz del diente temporal se encuentra próxima a la superficie labial del diente permanente.

498. En cuanto a las posibles opciones de tratamiento y advertencias que le haría a la madre, es cierto que:

a) Se recomienda la extracción inmediata cuando la dirección de la intrusión del diente temporal es hacia palatino y se afecta la zona folicular del diente permanente.
b) Cuando la intrusión se produce con un desplazamiento del ápice hacia vestíbulo, sin riesgo de lesión del diente permanente, no se puede esperar la reerupción espontánea en un plazo de 1-6 meses.
c) La luxación extrusiva representa mayor riesgo de daño para el desarrollo del diente permanente que la luxación intrusiva.
d) Después de los 3 años se pueden producir lesiones en el diente permanente que van desde hipoplasia del esmalte hasta dilaceración coronaria.



499. La madre de Jaime le comenta que otro hijo suyo tuvo una concusión con 3 años. De las siguientes afirmaciones, ¿qué le diría a la madre que es cierto en cuanto a una concusión?

a) En la concusión se produce una lesión de las estructuras de soporte del diente sin movilidad ni desplazamiento.
b) En la concusión se aprecia en la radiografía un ensanchamiento del espacio periodontal.
c) La concusión clínicamente se asocia a dolor al frío.
d) Todas las afirmaciones anteriores son ciertas.

CASO CLÍNICO 12:

500. Jorge es un niño de 8 años que acude porque se ha caído del patinete, hace 4 horas. Su madre está asustada porque ha sangrado mucho. A la exploración, usted descubre que presenta una laceración en labio superior y una fractura coronaria no complicada en el 2.1. Indique la actuación correcta:

a) Realizar tratamiento endodóntico preventivo para evitar necrosis pulpar.
b) Proceder a la exodoncia si la fractura afecta a esmalte y dentina.
c) Proteger la dentina expuesta mediante sellado y restauración adhesiva.
d) No realizar tratamiento y limitarse a controles periódicos.