

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE "IULIU HAȚIEGANU"
CLUJ-NAPOCA
FACULTATEA DE MEDICINĂ DENTARĂ**

TEZĂ DE DOCTORAT
**MONITORIZAREA ETAPELOR DE TRATAMENT ÎN
PARODONTOPATIILE MARGINALE CRONICE**

Rezumat

**DOCTORAND
ASIST. UNIV. DR. DANIELA CONDOR**

**CONDUCĂTOR ȘTIINȚIFIC
PROF. UNIV. DR. ANGELA POP**

2009

CUPRINS

Introducere	5
CAPITOLUL 1	
STADIUL ACTUAL AL CUNOAȘTERII ÎN ETIOPATOGENIA BOLII PARODONTALE	8
1.1.Aspecte generale legate de etiologia afecțiunilor parodontale	8
1.2.Bacteriile subgingivale - factor etiologic primar al parodontitelor marginale cronice	9
1.2.1.Complexitatea biofilmului subgingival	9
1.2.2.Posibilități de comunicare inter-bacteriană la nivelul biofilmului sub-gingival	10
1.3.Rolul modificărilor epigenetice în patogeneza parodontitei	12
1.4.Rolul inflamației în distrucția parodontală și posibilități de management	14
1.4.1.Aspecte generale legate de patogenia parodontitelor marginale	14
1.4.2.Mediatori proinflamatori asociați distrucției tisulare parodontale	15
1.4.3.Rezoluția procesului inflamator	16
1.4.4..Noi mediatori lipidici cu rol în rezoluția inflamației	18
1.5.Concepte actuale referitoare la patogenia parodontitelor marginale cronice	20
1.6.Concluzii	24
CAPITOLUL 2	
DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL PARODONTOPATIILOR MARGINALE CRONICE	26
2.1.Criterii clinice de diagnostic	26
2.2.Criterii radiologice de diagnostic	26
2.3.Algoritmi generali de tratament parodontal și asocierea regenerării parodontale cu etape specifice de tratament.	27
2.4.Stadializarea tratamentului	28
2.5.Stadiul actual al cunoașterii cu privire la factorii implicați în regenerarea parodontală	29
2.5.1.Rolul ingineriei tisulare în parodontologie	29
2.5.2. Frațiunea plasmatică bogată în plachete sau platelet-rich plasma	30
2.5.3. Proteinele amelare	31
2.5.4.Factori de creștere cu efect în regenerarea parodontală.	35
2.6.Concluzii	37
CAPITOLUL 3	
STUDIU PRIVIND MONITORIZAREA ETAPELOR DE TRATAMENT LA PACIENȚI CU PARODONTITĂ MARGINALĂ AGRESIVĂ	39
3.1.Ipoteză de lucru. Obiective.	39
3.2.Material și metodă	41
3.2.1.Lotul de studiu	41
3.2.2.Examenul clinic	41
3.2.3.Examenul clinic parodontal	42

3.2.4. <i>Examinări complementare</i>	46
3.2.5. <i>Elemente de diagnostic al parodontitei agresive</i>	46
3.2.6. <i>Tratament</i>	46
3.2.7. <i>Crearea bazei de date</i>	62
3.3. <i>Rezultate</i>	62
3.4. <i>Discuții</i>	65
3.5. <i>Concluzii</i>	71
CAPITOLUL 4	
STUDIU STATISTIC DESCRIPTIV ȘI ANALITIC ÎN MONITORIZAREA TERAPEUTICĂ A PACIENȚILOR CU PARODONTITĂ AGRESIVĂ	72
4.1. <i>Ipoteză de lucru. Obiective</i>	72
4.2. <i>Material și metodă.</i>	72
4.2.1. <i>Lotul de studiu.</i>	72
4.2.2. <i>Elemente clinice de cuantificare și monitorizare</i>	73
4.2.3. <i>Analiza statistică</i>	75
4.3. <i>Rezultate</i>	76
4.4. <i>Discuții</i>	85
4.5. <i>Concluzii</i>	87
CAPITOLUL 5	
MONITORIZAREA COMPARATIVĂ A TIPURILOR DE IMOBILIZARE ÎN PARODONTITELE MARGINALE CRONICE	88
5.1. <i>Ipoteză de lucru. Obiective</i>	88
5.2. <i>Material și metodă</i>	91
5.2.1. <i>Lot. Criterii de selecție</i>	91
5.2.2. <i>Plan de tratament</i>	91
5.2.3. <i>Alegerea tehnicii de imobilizare</i>	92
5.2.4. <i>Examinarea clinică</i>	93
5.2.5. <i>Tratamentul parodontal. Imobilizarea. Tratamentul chirurgical</i>	94
5.2.6. <i>Înregistrarea datelor</i>	95
5.2.7. <i>Analiza statistică</i>	95
5.3. <i>Rezultate</i>	95
5.4. <i>Discuții</i>	109
5.5. <i>Concluzii</i>	112
CAPITOLUL 6	
STUDIU PRINVIND PREVALENȚA RETRAȚIILOR GINGIVALE ÎNTR-UN GRUP DE POPULAȚIE	114
6.1. <i>Ipoteză de lucru. Obiective.</i>	114
6.2. <i>Material și metodă</i>	115
6.2.1. <i>Populația studiată</i>	115
6.2.2. <i>Metodologia examinării clinice</i>	115
6.2.3. <i>Metodologia evaluării statistice</i>	118
6.3. <i>Rezultate</i>	119
6.4. <i>Discuții</i>	124
6.5. <i>Concluzii</i>	130
CAPITOLUL 7. Concluzii generale	131
Referințe bibliografice	136

Cuvinte-cheie: tratament parodontal, chirurgie parodontală, imobilizări dentare, grefă gingivală, grefă de conjunctiv

Boala parodontală reprezintă un proces distructiv cronic, de etiologie multifactorială în care sistemul imun, stimulat de anumite bacterii virulente se întoarce în anumite condiții împotriva organismului propriu, prin intensificarea răspunsului inflamator, având drept consecință distrucția țesuturilor de susținere ale dinților. Din aceste motive am considerat necesar un studiu mai aprofundat asupra metodelor de tratament, numeroase și multidisciplinare. Acestea trebuie aplicate într-o succesiune individualizată în funcție de forma clinică a bolii și de particularitățile stării generale a pacientului. Fazele de tratament sunt interdependente și se condiționează reciproc. Datorită acestor aspecte și importanței temei urmărim eșalonarea etapelor terapeutice și elaborarea unui plan complex, aplicabil diferitelor forme clinice. Primele două capitole tratează concepțiile actuale asupra etiologiei și tratamentului bolii parodontale.

Capitolul 1: „Stadiul actual al cunoașterii în etiopatogenia bolii parodontale” descrie rolul factorilor etiologici generali și locali, accentuând efectul bacteriilor subgingivale și rolul inflamației în distrucția parodontală.

Capitolul 2: „Diagnosticul și tratamentul parodontopatiilor marginale cronice” sistematizează criteriile de diagnostic, stadializarea tratamentului, algoritmiile terapeutice generali. Sunt evidențiați factorii implicați în regenerarea parodontală.

Capitolul 3: „Studiu privind monitorizarea etapelor de tratament la pacienți cu parodontită marginală agresivă” Parodontita agresivă afectează de obicei persoanele tinere și momentul diagnosticului coincide cu prezența unei distrucții parodontale severe. Pentru aceste cazuri este nevoie de abordări terapeutice complexe, aplicate într-o ordine personalizată dictată de prezentarea clinică. **Obiectivul** acestui studiu este ca, plecând de la un plan terapeutic general, să se aplice o terapie complexă, personalizată fiecărui pacient diagnosticat cu parodontită agresivă. Schema generală de tratament este următoarea: 1) faza de tratament inițial sau antiinflamator (controlul plăcii dentare și tratamentul odontal restaurativ și endodontic), 2) faza de reevaluare, 3) faza chirurgicală, 4) faza protetică, 5) faza ortodontică.

Material și metodă: Lotul de studiu a fost format din 30 de pacienți care au fost supuși examenului clinic parodontal. Acesta a cuprins: *aprecierea mucoasei gingivale și frenurilor, a inflamației gingivale* prin indicele de sângerare gingivală al lui Ainamo et Bay. *Igiena orală* s-a apreciat cu indicele de igienă IHI a lui O'Leary. Am măsurat: *Adâncimea la sondare, Retracția gingivală.* (Gradul expunerii suprafeței radiculare s-a apreciat prin măsurarea înălțimii retracției și anume distanța dintre JAC și marginea gingivală migrată apical) *Nivelul pierderii de atașament, Aprecierea leziunilor interradiculare, Mobilitatea dentară.* Parametri relevanți au fost trecute în foaia de observație.

Tratament: Faza de tratament inițial sau tratament antiinflamator sau terapia inițială a cuprins instructajul de igienizare/controlul personal al plăcii, detartrajul supra- și subgingival, precum și managementul factorilor locali de risc. Au urmat: *Tratamentul odontal și endodontic. Tratamentul chirurgical.* Acesta urmărește reducerea pungilor parodontale și s-a realizat ori de câte ori adâncimea la sondare restantă, după terapia inițială este ≥ 5 mm. Adâncimile la sondare de 4 mm s-au monitorizat. În cazul resorbțiilor osoase de tip orizontal, s-a ales lamboul de asanare. În cazul defectelor de tip vertical, s-a utilizat terapia

regenerativă cu adăuție de os. *Imobilizarea* dinților a cuprins imobilizarea provizorie, „de urgență”, realizată cu fire de sârmă fixate cu material compozit sau imobilizarea cu fibră de polietilenă prin tehnica directă. Pentru cele de durată medie am folosit protezarea provizorie prin tehnica isoamprentei. *Tratamentul ortodontic* s-a adresat în principal migrărilor secundare cu apariția consecutivă de diasteme și treme în zonele frontale. Aceste malpoziții reprezintă de multe ori motivul prezentării pacienților care sunt deranjați estetic dar și funcțional de modificările de poziție survenite.

Rezultate: Pentru lotul de 30 de pacienți monitorizați, diagnosticați cu parodontită agresivă, valoarea indicelui de igienă IHI a scăzut de la valoarea inițială de 54,34% la valoarea de 28,9% după reevaluare, valoare la care se poate considera că pacienții sunt cooperanți. Inflamația gingivală s-a modificat de la valoarea de 88,86% a indicelui GBI la 36,6%.

Concluzii: Terapia antibiotică singură reprezintă o abordare insuficientă a infecțiilor parodontale. Terapia mecanică în parodontite este esențială pentru întreruperea biofilmului și trebuie să precedă terapia antimicrobiană. Reducerea medie a pungilor parodontale a fost de 0,665 mm după tratamentul antiinflamator inițial. Scăderea evidentă a inflamației a fost de 52,26%, aspect concordant cu datele din literatură, care relevă reduceri de 42- 86%. Din totalul de 1934 de locusuri patologice înregistrate, 768 de locusuri au dobândit valori normale la sondare după terapia inițială; restul de 1166 de locusuri au rămas cu valori patologice, necesitând tratament ulterior de reducere a pungilor. Pentru locusurile cu pierdere de atașament, adâncimea medie la sondare, înaintea DSR a fost de 5,376 mm. La reevaluare, media adâncimii la sondare a acelorși locusuri a fost de 3,848 mm. Diferența obținută, adică reducerea medie a adâncimii la sondare a acestor locusuri a fost de 1,527 mm.

Capitolul 4: „Studiu statistic descriptiv și analitic în monitorizarea terapeutică a pacienților cu parodontită agresivă”

Obiectivul acestui capitol a fost de a efectua un studiu retrospectiv longitudinal, pe o durată de 3 ani pe un lot de pacienți cu parodontită agresivă, pentru a urmări ponderea și ordinea etapelor majore de tratament.

Material și metodă În studiu au fost monitorizați 45 de pacienți cu parodontită agresivă, care au însumat 1080 de dinți în 270 de sextante. Pentru fiecare dinte s-au măsurat câte trei variabile independente, corespunzătoare adâncimii la sondare a pungii parodontale, mobilității dentare și migrării patologice. Au fost obținute 1080 de valori măsurabile pentru fiecare variabilă, în total 3240 de date, care au fost analizate statistic, descriptiv și analitic. În a doua parte a studiului au fost inventariate pentru fiecare sextant modalitățile de tratament aplicate și ordinea lor. Tipurile de tratament utilizate au fost: T1- tratament endodontic și odontal; T2- lambou de asanare; T3- terapie de adăuție osoasă; T4- chirurgie muco-gingivală; T5- extracție dentară; T6- imobilizare adezivă armată; T7- protezare parțială conjunctă; T8- tratament ortodontic; T9- premolarizare; T10- urmărire (pentru punși parodontale de maxim 4 mm); T11- monitorizare. Tratamentele au fost analizate pe grupe principale incluzând: ►G1- tratamente endodontice și odontale (T1), ►G2- tratamente chirurgicale de reducere a pungilor parodontale (T2+T3), ►G3- tratamente de imobilizare (T6+T7+T8), G4-

faza de expectativă/ urmărire sau monitorizare (T10+T11). Ponderea acestora a fost monitorizată și analizată statistic.

Rezultate: Media pentru PD-maximă (V1) a fost de $3,08 \pm 2,4$, pentru mobilitate (V2) $1,15 \pm 1,09$, iar pentru migrări dentare (V3) $0,12 \pm 0,46$. Corelația e foarte bună, lineară între cele trei variabile care au cuantificat maladia parodontală. E logică corelația lineară și pozitivă dintre profunzimea la sondare, care înseamnă pierdere de țesut de susținere și mobilitatea și migrarea dentară. Ponderea intervențiilor chirurgicale de reducere a pungilor parodontale a fost de 45%.

Concluzii: Corelația lineară și pozitivă ($p=0,000 < 0,01$) observată între cele trei variabile monitorizate susține ideea că atât mobilitatea cât și migrarea sunt expresia pierderii profunde de țesut de susținere. Valorile celor trei parametri influențează monitorizarea etapelor de tratament ale pacienților parodontopați. În cazurile severe de afectare parodontală se remarcă necesitatea unei abordări terapeutice interdisciplinare.

Capitolul 5: „Monitorizarea comparativă a tipurilor de imobilizare în parodontitele marginale cronice”

Obiectivul acestui studiu este să compare efectele diverselor tipuri de imobilizare asupra rezultatelor tratamentului la dinții monoradiculari cu boală parodontală.

Material și metodă. Grupul de studiu a cuprins 150 de dinți aparținând la 16 pacienți, cu diagnostic de parodontită cronică medie (PC). Imobilizările s-au făcut prin trei metode: lucrări protetice conjuncte acrilice, șine compozite armate cu fibre de sticlă sau polietilenă, ortodontic (cu brackets-uri). Pe baza metodei de imobilizare, pacienții au fost împărțiți în 3 loturi inegale ca și număr de persoane dar egale ca și număr de dinți luați în studiu. Fiecare lot a cuprins câte 50 de dinți. Examenul clinic a cuprins parodontograma, un indice de igienă de control și determinarea nivelului de inflamație gingivală. Din parodontograma inițială în 6 puncte ale fiecărui dinte s-a luat în calcul pierderea verticală de atașament măsurată mezial și distal. Pentru fiecare dinte s-au măsurat inflamația I1 și pierderile de atașament PA1,. Aceleași date măsurate după două luni au fost notate cu I2 și PA2. Inițial s-a făcut analiza descriptivă a fiecărui lot, s-au urmărit valorile medii pentru fiecare variabilă, apoi corelațiile inițiale și finale dintre variabile și în cele din urmă s-au comparat loturile între ele.

Rezultate. S-a obținut o corelație clară între profunzimea pungii și nivelul inflamației, atât înainte cât și după tratament. Scăderea variabilelor este liniară și paralelă.

Concluzii: Sistemele de imobilizare au rolul de a împiedica mișcările aleatorii ale dinților cu mobilitate patologică, conduc forțele masticatorii în axul longitudinal al dintelui și le distribuie echilibrat la toți dinții prinși în sistem. Imobilizarea produce efecte imediate, atât funcționale, cât și estetice și psihologice; scăderea mobilității permite restabilirea unui echilibru parodontal, scăderea inflamației, o mai bună vindecare tisulară și câștig de atașament. Pentru toate cele trei loturile se obține câștig de atașament mediu de $0,9-1,03$ mm. Pentru toate cele trei loturi au fost obținute valori medii finale la sondare care se pot califica pentru fazele de monitorizare și menținere.

Capitolul 6: „Studiu privind prevalența retracțiilor gingivale într-un grup populațional tânăr”

Obiective. Studiul urmărește prevalența retracțiilor gingivale (RG) într-un grup de populație tânără, intensitatea și severitatea afectării și relevarea corelației între sex, vârstă și înălțimea RG.

Material și metodă. Eșantionul studiat a cuprins 106 persoane, 59 femei și 47 bărbați, cu vârsta între 22-33 de ani. Au fost luați în considerare și notați în foaia de observație: *dinții prezenți și absenți, prezența eventualelor retracții gingivale, în zona vestibulară, bimaxilar, la nivelul dinților frontali și premolarilor.* A fost înregistrată *înălțimea retracției gingivale și înălțimea gingiei keratinizate.* A fost apreciată apartenența la clasa Miller a RG. Fiecărui dinte i-au fost alocate trei date și anume: clasa Miller, înălțimea RG și înălțimea gingiei keratinizate aferente. **Rezultate:** În lotul de studiu de 106 persoane au fost evidențiate 128 de RG la 54 din subiecți (28 femei și 26 bărbați). Prevalența RG a fost astfel de 50,95% iar înălțimea medie a RG de 2,29 mm. Pentru 14 din cei 20 de dinți investigați la fiecare dintre cei 106 pacienți, *coeficienții de corelație* calculați au atins pragul de semnificație statistică, indicând existența unei relații liniare invers proporționale între înălțimea gingiei fixe și cea a RG.

Concluzii: 67,15% din RG au fost de mici dimensiuni dar 32,85% sunt de dimensiuni mari, peste 3 mm înălțime care impun o terapie curativă de acoperire a suprafețelor radiculare denudate. Coeficienții de corelație calculați au atins pragul de semnificație statistică, indicând existența unei relații liniare invers proporționale între înălțimea gingiei fixe și cea a RG.

Capitolul 7: **Concluzii generale:** Asocierea bacteriilor în complexe crește capacitatea patogenică a fiecărei bacterii și determină ca proprietățile consorțiului bacterian să fie mult mari decât suma proprietăților bacteriilor componente. Utilizarea proteinelor amelare în asociere cu lamboul poziționat coronar a determinat acoperiri radiculare asemănătoare cu cele consecutive grefei de conjunctiv. După terapia inițială, valoarea medie de reducere a pungilor parodontale ≥ 4 mm, la pacienții cu parodontită agresivă a fost de 1,527 mm. Pentru lotul de pacienți cu parodontită agresivă s-a remarcat o reducere a inflamației gingivale după terapia inițială cu 52,26% și existența unei corelații lineare și pozitive ($p=0,000<0,01$) între cele trei variabile monitorizate (adâncimea la sondare, mobilitatea și migrarea). Ordinea tratamentelor complexe realizate la pacientul parodontopat depinde de forma clinică de prezentare, de experiența terapeutului și de prioritățile pacientului. Imobilizarea s-a aplicat la 45% din cazurile de parodontită monitorizate, deci această soluție terapeutică e un tratament prioritar. Pentru cele trei loturile monitorizate pentru parodontită cronică există diferențe semnificative statistic între valorile finale și inițiale ale parametrilor monitorizați, deci imobilizarea a asigurat condiții locale optime de restaurare a homeostaziei parodontale, tradusă prin cedarea inflamației și câștig clinic de atașament. S-au observat corelații lineare și pozitive, cu semnificație statistică ridicată între variabilele pierdere de atașament pre/post-terapeutic și inflamație pre/post-terapeutic; Prevalența RG obținută la lotul studiat a fost de 50,95%. Există o relație liniare invers proporționale între înălțimea gingiei fixe și cea a RG.

Referințe bibliografice selective

Branda SS, Vik S, Friedman L, Kolter R. Biofilms: the matrix revised. Trends in microbiology 2005;13:20-26

Wilson AG. Epigenetic regulation of gene expression in the inflammatory response and relevance to common diseases. J Periodontol 2008;79:1514-1519

Graves D. Cytokines that promote periodontal tissue destruction. J Periodontol 2008;79:1585-1591

Van Dyke TE, Serhan CN. Resolution of inflammation: a new paradigm for the pathogenesis of periodontal disease. J Dent Res 2003;82:82-90

Glise JM, Borghetti A. La regeneration parodontale par les protéines amélaire. J Parodontol et Implantol Orale 2005;25(1):63-73

Taubman MA, Kawai T, Han X. The new concept of periodontal disease pathogenesis requires new and novel therapeutic strategies. J Clin Periodontol 2007;34:367-369

Condor Daniela, Buduru R., Smaranda Buduru :- Evaluarea radiologică a parodontiului marginal: ortopantomograma versus radiografia retroalveolară. Transilvania Stomatologică 2005;4:30-37.

Condor Daniela, Smaranda Buduru:- „ Ameliorarea esteticii zonei anterioare prin terapie complexă protetică-chirurgicală” Clujul-Medical 2007;LXXX:152-156.

Fouque-Deruelle C, Monnet-Corti V. Le detartrage supra-gingival en parodontie. Clinique 2003a;4 :223-228a

Roman A, Popovici A, Păstrav O, Condor D. Odontologie restaurativă: ghid teoretic și clinic. 2006. Editura Universitară "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca

Boyd RL. Periodontal and restorative considerations with clear aligner treatment to establish a more favorable restorative environment. Compend Contin Educ Dent. 2009 Jun;30(5):280-2, 284, 286-8.

Fouque-Deruelle C, Monnet-Corti V- Le surfasage. Clinique 2003;24:5:309-313

Fernando I, Harinder S. Sandhu,: Interdental Papilla Reconstruction Combining Periodontal and Orthodontic Therapy in Adult Periodontal Patients. J Can Dent Assoc. 2008 Aug;74(6):232-8

Corrente G, Abundo R, Re S, Cardaropoli D, Cardaropoli G. Orthodontic movement into infrabony defects in patients with advanced periodontal disease: a clinical and radiological study. J Periodontol 2003;74:1104-1109.

Kasab MM, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. JADA 2003;134:220-225

Condor C, Coloși H, Roman A. The prevalence of gingival recessions in a group of students in Cluj-Napoca. Journal of Romanian Medical Dentistry 2009;13(3)July/September:94-98

Pini Prato GP, Franceschi D, Cairo F. Pronostic factors in the treatment of gingival recessions. J Parodontol Implantol Orale 2006;25(3):175-190

Curriculum Vitae

Informații personale:

Nume și Prenume: **CONDOR DANIELA CORNELIA**

Adresă: Str. Nicolae Pascaly, Nr. 7, Bl. S3, Ap. 20, 400431, Cluj-Napoca

Telefon: 0745-106996; 0264-414258.

E-mail : stardent_d@yahoo.com

Naționalitate: română

Data nașterii: 17.05.1971

Experiența profesională:

2002 – prezent : **Asistent universitar, medic stomatolog, medic primar Chirurgie Oro-Maxilo-Facială, medic medicină generală - U.M.F. „Iuliu Hațieganu”, Facultatea de Medicină Dentară, Catedra de Parodontologie , Cluj-Napoca.**

2000 – 2002 : Medic specialist chirurgie O.M.F. în cadrul

UM0603 - București

1995 – 2000 : Medic rezident chirurgie O.M.F. în cadrul

Spitalului Clinic Județean Cluj

Educație și Formare:

Domenii de competență:

- Medicină generală, Facultatea de Medicină generală – promoția 2000
- Chirurgie orală și maxilo facială
 - Specializare de 5ani incluzând stagii practice de chirurgie generală (1 an), chirurgie vasculară și microchirurgie (3 luni), chirurgie plastică (3 luni), ORL (3 luni), neurochirurgie (3 luni)
 - Cursuri de implantologie și chirurgie muco gingivală periimplantară –Prof. dr. Gyula Tokacs 1996 – 2000
 - Cursuri practice de chirurgie plastică și reparatorie a despicăturilor labio-maxilo-palatine – Prof. Dr. H. Zeilhofer, Berna Elveția 1998

- Participare la cercetarea clinică legată de despicăturile labio-maxilo-palatine a catedrei de chirurgie OMF Cluj-Napoca, concretizată în articole publicate și în a doua teză de licență, cu titlul “Principii generale de tratament în despicăturile labio-maxilo-palatine”
- Obținerea titlului de medic primar chirurgie OMF-2004
- Parodontologie
 - Doctorand din 2001 cu tema „Monitorizarea etapelor de tratament în parodontita marginală cronică”
 - Prelegere susținută la congresul AMSPPR Cluj 2003 cu tema „Tratamentul parodontopatiei marginale cronice în cadrul stomatologiei mileniului III”
 - Curs practic de chirurgie parodontală - prof. Harrisson SUA
 - Prelegere la zilele Universității de Medicină și Farmacie Iuliu Hatieganu in 2003 cu tema „Metode terapeutice chirurgicale in parodontopatia marginală cronică”, 2005 „Stadializarea tratamentului în PMC”, 2007 „Elongarea coronară”.
 - Curs postuniversitar de chirurgie parodontală Prof. Dr. Francis Louise 2003, 2004, 2005 cu tema “Incidente estetice ale afecțiunilor parodontale, Chirurgia plastică parodontală – grefele epiteliu – conjunctive și conjunctive”
 - Curs parodontologie 17-20 noiembrie 2004. Simpozion Medica cu tema „Regenerarea parodontală : orientări clinice și biologice” Conf. Dr. Roman Alexandra.
 - Curs postuniversitar de parodontologie Prof.Dr. Pop Angela mai 2005
 - Curs de chirurgie muco-gingivală LIVE Timișoara „Chirurgia plastică parodontală, noi tendințe” – transmisiune interactivă în direct a Societății Germane de Parodontologie Regensburg – Germania – aprilie 2005, aprilie 2006
- Stomatologie generală

- Cursuri postuniversitare în ocluzologie „Ocluzia funcțională și disfuncțională” Prof. Dr. Sever Popa 2003
- Curs postuniversitar „Estetica lucrărilor ceramice” Șef lucrări Dr. Popa Smaranda 2005
- „Evaluarea radiologică a parodonțiului marginal:ortopantomograma versus radiografia retroalveolară”- **Condor Daniela**, Buduru R. Buduru Smaranda.-lucrare susținută la Conferința Română de radiologie noiembrie 2006

Lucrări semnificative publicate:

- Hurubeanu Lucia, **Condor Daniela** :-”Studiu statistic asupra despicăturilor labio-maxilo-palatine prezentate și tratate în Clinica de Chirurgie oro-maxilo-facială din Cluj-Napoca în perioada 1993-1997” – Transilvania Stomatologică nr. 1/2001 pag. 33-39
- Hurubeanu Lucia,**Condor Daniela**, Bizo Ioana :-”Excizia tumorii primare în cancerul labial” - Transilvania Stomatologica nr. 2/2002 pag. 56-60
- Hurubeanu Lucia,G. Băciuț,**Condor Daniela**, Bizo Ioana, Mihaela Băciuț:-”Osteoplastia în tratamentul despicăturilor labio-maxilo-palatine” – Transilvania Stomatologică nr 2/2002 pag. 65-69.
- Popa Smaranda, R.Buduru, **Condor Daniela**:- „Corelația dintre disfuncția Aparatului Dento-Maxilar și aspectul estetic.Prezentare de caz – Viața Stomatologică nr. 4/2003 pag. 37-43.
- **Condor Daniela**, Buduru R., Smaranda Buduru :- „Evaluarea radiologică a parodonțiului marginal: ortopantomograma versus radiografia retroalveolară” Transilvania Stomatologică nr 4/2005 pag. 30-37.
- Alexandra Roman,Andrada Popovici, **Condor Daniela**, Păstrăv O.- „Odontologie restaurativă-ghid teoretic și clinic” Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”- Cluj-Napoca ,2006.
- R.Buduru, Smaranda Buduru, **Condor Daniela**:- „Evaluarea radiologică post-protetică în terapia parodontopatiei marginale cronice” Transilvania Stomatologică nr 1/2007 pag.156-162.
- **Condor Daniela**, Smaranda Buduru:- „ Ameliorarea esteticii zonei anterioare prin terapie complexă protetico-chirurgicală” Clujul-Medical, vol.LXXX, 2007 pag 152-156.

- **Condor Daniela**, Coloși H, Roman A. The prevalence of gingival recessions in a group of students in Cluj-Napoca. Journal of Romanian Medical Dentistry 2009;13(3)July/September:94-98

1995 – 2000 rezidentă chirurgie O.M.F. în cadrul Spitalului Clinic
Județean Cluj

1996 – 2000 studenta facultății de medicină generală a U.M.F. „Iuliu
Hațieganu”

1989 – 1994 studenta facultății de medicină dentară a U.M.F. „Iuliu
Hațieganu”

1985 – 1989 elevă a Liceului „Emil Racoviță” Cluj-Napoca

1977 – 1985 elevă a Școlii generale „Emil Racoviță” Cluj-Napoca

Limba maternă:

Română

Limbi straine:

Engleză: scris, citit, vorbit, foarte bine

Franceză: scris, citit, vorbit, bine

Italiana: scris, citit, vorbit, bine

**UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY "IULIU HAȚIEGANU"
CLUJ-NAPOCA
FACULTY OF DENTAL MEDICINE**

DISSERTATION THESIS

**A SURVEY ON THE TREATMENT STAGES OF THE MARGINAL CHRONIC
PERIODONTITIS
Abstract**

**DOCTORAL TRAINEE
TEACHING ASSISTANT DR. DANIELA CONDOR**

**THESIS ADVISOR
PROFESSOR DR. ANGELA POP**

2009

CONTENTS

Introduction	5
CHAPTER 1	
RECENT KNOWLEDGE IN AETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF PERIODONTAL DISEASES	8
1.1.General aspects regarding the etiology of periodontal diseases	8
1.2.Subgingival bacteria – the primary etiological factor of marginal chronic periodontitis	9
1.2.1. <i>Complexity of the biofilm</i>	9
1.2.2. <i>Possibilities of interbacterial interaction at the level of the subgingival plaque</i>	10
1.3.Role of the epigenetic modifications in the pathogenesis of periodontal diseases	12
1.4.Role of inflammation in periodontal destruction and management possibilities	14
1.4.1. <i>General aspects regarding the pathogenesis of marginal periodontal diseases</i>	14
1.4.2. <i>Proinflammatory mediators associated to periodontal destruction</i>	15
1.4.3. <i>Resolution of the inflammatory process</i>	16
1.4.4.. <i>New lipidic mediators involved in the resolution of the inflammatory process</i>	18
1.5.New concepts regarding the pathogenesis of chronic marginal periodontal diseases	20
1.6.Conclusions	24
CHAPTER 2	
DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MARGINAL CHRONIC PERIODONTITIS	26
2.1.Clinical criteria of diagnosis	26
2.2.Radiological criteria of diagnosis	26
2.3.General algorithms of periodontal treatment and the association of periodontal regeneration with specific treatment stages	27
2.4.Treatment staging	28
2.5.Recent knowledge regarding the factors involved in periodontal regeneration	29
2.5.1. <i>Role of tissular engineering in periodontology</i>	29
2.5.2. <i>Platelet-rich plasma</i>	30
2.5.3. <i>Ammelar proteins</i>	31
2.5.4. <i>Growth factors involved in periodontal regeneration</i>	35
2.6.Conclusions	37
	39

CHAPTER 3	
A SURVEY ON THE RECORD OF CLINICAL TREATMENT STAGES OF THE PATIENTS WITH AGGRESSIVE PERIODONTITIS	
3.1.Objectives	39
3.2.Materials and method	41
3.2.1.Study plot	41
3.2.2.Clinical examination	41
3.2.3.Clinical periodontal examination	42
3.2.4.Additional examination	46
3.2.5.Elements of diagnosis of the aggressive periodontitis	46
3.2.6.Treatment	46
3.2.7. Data base	62
3.3.Results	62
3.4.Discussions	65
3.5.Conclusions	71
CHAPTER 4	
STATISTIC STUDY - DESCRIPTIVE AND ANALYTICAL, REGARDING THE THERAPEUTIC RECORD OF THE PATIENTS WITH AGGRESSIVE PERIODONTITIS	72
4.1.Objectives	72
4.2.Materials and method	72
4.2.1. Study plot	72
4.2.2.Clinical elements of quantification and observation	73
4.2.3.Statistical analysis	75
4.3.Results	76
4.4.Discussions	85
4.5.Conclusions	87
CHAPTER 5	
A COMPARATIVE RECORD ON THE TYPES OF IMMOBILIZATION USED IN MARGINAL CHRONIC PERIODONTITIS	88
5.1. Objectives	88
5.2. Materials and method	91
5.2.1. Study plot. Selection criteria	91
5.2.2. Treatment plan	91
5.2.3. Choosing the immobilization technique	92
5.2.4. Clinical examination	93
5.2.5.Periodontal treatment. Immobilization. Surgical treatment	94
5.2.6. Collecting data	95
5.2.7. Statistical analysis	95
5.3.Results	95
5.4. Discussions	109
5.5.Conclusions	112
	114

CHAPTER 6	
A SURVEY ON THE PREVALENCE OF THE GINGIVAL RETRACTION IN A YOUNG STUDY GROUP	
6.1. Objectives	114
6.2. Materials and method	115
6.2.1. Study group	115
6.2.2. Method of clinical examination	115
6.2.3. Method of statistic evaluation	118
6.3. Results	119
6.4. Discussions	124
6.5. Conclusions	130
CHAPTER 7.	
General conclusions	131
References	136

Key words: periodontal treatment, periodontal surgery, dental immobilization, gingival graft, conjunctive tissue graft

The periodontal disease is a chronic, destructive process, with a multifactorial etiology. The immune system, stimulated in certain conditions by some types of bacteria, turns against its own organism, intensifying the inflammatory response and has as a consequence the destruction of the tissues which surround and support the teeth. Because all these reasons I considered was needed a study regarding the treatment methods available. The treatment should be chosen according to the clinical type of the disease and the particularities and general health state of the patient. The treatment stages, either conservative or surgical are not independent; they have a significant influence one treatment stage onto another. Due to these aspects and also the significant importance of the subject, in this thesis I tried to reveal the therapeutic stages and to organize a complex treatment plan that can be applied to different types of periodontal diseases.

The first two chapters of the thesis describe the etiology and treatments methods of the periodontal diseases.

Chapter 1: „Recent knowledge in etiology and pathogenesis of periodontal diseases”. Describes the role of the general and local etiological factors emphasizing the damaging effect of the subgingival bacteria and inflammation over the periodontium.

Chapter 2: „Diagnosis and treatment of marginal chronic periodontitis” Includes criteria of diagnosis, treatment staging, general algorithms of periodontal treatment, factors involved in periodontal regeneration.

Chapter 3: „A survey on the record of clinical treatment stages of the patients with aggressive periodontitis” Usually young people are affected by the aggressive periodontitis and in most of cases the diagnosis is made when already a severe destruction is present. These cases need a complex treatment plan personalized for each patient according to the case particularities. **Objectives** starting with a general therapeutic plan for each patient is needed an

individual but complex treatment plan suitable for the clinical form of aggressive periodontitis. The general treatment scheme is as follow: 1) the initial treatment stage/ anti-inflammatory (plaque control, dental restorative treatment and endodontic treatment), 2) reevaluation stage, 3) surgical stage, 4) prosthodontic treatment, 5) orthodontic treatment.

Materials and method: The study was done on 30 patients that were subject to periodontal clinical examination as follow: *considerations on gums, frenula, gum inflammation* using Ainamo and Bay's gingival bleeding Index. The oral hygiene status was measured and noted using O'Leary's hygiene Index. Were measured end noted: *probing depth, gingival retraction* (The degree of root exposure was recorded by measuring the dimension of gingival retraction which is from the junctional epithelium and the gingival margin migrated towards the tooth apex. *Furcation defects, tooth mobility. All relevant values were recorded in the patient's form.* **Treatment:** The initial stage of treatment is an antiinflammatory one combined with a good instruction of the patient regarding he's oral hygiene and plaque control, scaling the supragingival and subgingival calculus. The next treatment stages were dental and endodontic treatment. *The surgical treatment stage* aimed to decrease the depth of periodontal pockets and was done every time when the pocket depth resulted after the initial treatment stage was ≥ 5 mm. Pocket depths of 4 mm were recorded. As a treatment approach for horizontal bone loss was replaced flap procedure. For the vertical bone loss was used osseous regenerative procedure.

Teeth splinting was done initially as a provisional measure using wires fixed with composites or using a polyethylene splint. As a longer term solution was used the isoimpression technique. *The orthodontic treatment* aimed the secondary migrations (diastema). These teeth malpositions represent in most of the cases the reasons why patients seek dental care. **Results:** For the 30 patients with aggressive periodontitis included in the study, the Index of Oral Hygiene decreased from initial IOH of 54,34% to 28,9% after the first stage of treatment revealing that the patients were comply with the treatment. As well the Gingival Inflammation Index improved from 88,86% to 36,6%. **Conclusions:** The antibiotic therapy on its own is not sufficient to cure the periodontal diseases. The mechanical therapy is an essential manoeuvre to remove the biofilm and has to be done previously to the antibiotic treatment. The average pocket depth decreased with 0,665 mm after the initial anti-inflammatory treatment. The inflammation decreased with a significant 52,26%, in correlation with the data from other studies that show a decreased value of inflammation of 42- 86%. From the total of 1934 pathological sites observed, 768 of them were registered with normal pocket depth after the initial treatment; the rest of 1166 remained with pathological values. For the pathological sites where the attachment to the tooth was lost the medium depth of the pockets was before DSR of 5,376 mm. After the initial treatment, the medium depth of the pockets was of 3,848 mm. The difference resulted between the two values is of 1,527 mm.

Chapter 4: „ Statistic study – descriptive and analytical, regarding the therapeutic record of the patients with aggressive periodontitis” **Objectives** to make a retrospective, longitudinal study over three years including patients with

aggressive periodontitis. **Materials and method** The study was made on 45 patients with aggressive periodontitis, in other terms were included 1080 teeth from 270 de sextants. For each tooth were considered three dimensions: the depth of the periodontal pocket, teeth mobility and pathologic tooth movement. Were registered 1080 for each dimension, a total of 3240 values, that were statistically analysed. As a second aim of the study were registered for each sextant the treatment types applied and their following order. The treatment types used were: T1- dental and endodontic treatment; T2- flap procedure; T3- osseous regenerative procedures; T4- gingival surgery; T5- dental extraction; T6- adhesive reinforced splinting; T7- fixed partial dentures; T8- orthodontic treatment; T9- premolarization; T10- follow-up for periodontal pockets of maximum 4 mm; T11- recording. All the treatments were analysed in groups: ►G1- dental and endodontic treatments (T1), ►G2- surgical treatments to reduce the depth of periodontal pockets (T2+T3), ►G3- splinting and other methods to limit tooth mobility (T6+T7+T8), ►G4- follow-up (T10+T11). The percentages were registered and statistically analyzed. **Results:** The average value for the depth of periodontal pockets (V1) was $3,08 \pm 2,4$, for teeth mobility (V2) $1,15 \pm 1,09$, and for pathologic tooth movement (V3) $0,12 \pm 0,46$. The correlation between the three dimensions that quantified the periodontal disease is very good and linear. There is a linear and positive correlation between the periodontal pocket depths (loss of support tissue) and tooth mobility and tooth pathological movement. The percentage of surgical reduces of periodontal pockets depths were of 45%. **Conclusions:** The linear and positive correlation ($p=0,000 < 0,01$) between the three dimensions reveals the fact that both tooth mobility and tooth movement are a consequence of loss of dental support tissue. The values dictate the succession of the treatment stages for the patients with periodontal disease. In case of severe periodontal disease is needed a interdisciplinary treatment plan.

Chapter 5: „A comparative record on the types of immobilization used in marginal chronic periodontitis” **Objective** compares the effects of various types of splinting of monoradicular teeth affected by periodontal diseases. **Materials and method** The study was made on 150 teeth from 16 patients with chronic periodontitis (CP). Teeth immobilization was done using three methods: acrylic fixed partial dentures, composite splints reinforced with fiberglass or polyethylene, or brackets. According to the immobilization technique the patients were divided in three groups, each group has the same number of teeth to be studied and that would be 50 teeth. Clinical examination included periodontal charts, determinations of Oral Hygiene Index and gingival inflammation. From the initial periodontal chart that registered six points from each tooth were considered only the mesial and distal vertical loss of attachment. For each tooth was measured the inflammation I1 and the lost of attachment PA1. The same measurements were registered after two months and were noted as I2 and PA2. Initially every group was analyzed following their average values, then were made correlations between the values and in the end the three groups were compared. **Results** The study revealed a correlation between the depth of periodontal pocket and the stage of inflammation, both before and after

treatment. **Conclusions:** Immobilization systems have a very important role in maintaining a steady position of the teeth with pathologic mobility; as well they direct the biting forces on the longitudinal tooth axis and distribute them to all the teeth involved in the splint. The effects of teeth immobilization are immediate: functional, esthetic and psychological. After being immobilized, at the level of the affected periodontium can be noticed a better healing process, less local inflammation and reattachment of the epithelial junction. For the three groups of study it was observed an improvement of epithelial reattachment with an average of 0,9-1,03 mm.

Chapter 6: „A survey on the prevalence of the gingival retraction in a young study group” **Objectives** This study's aim is to determine the prevalence of gingival retraction in a group of young patients, also to underline if is any correlation between gender, age and the dimension of gingival retraction. **Materials and method** The study involved 106 patients, 59 women and 47 men, with the age between 22-33 years (average age=24 years, DS=1,85 years). In the patients charts were registered: the teeth present and missing, gingival retractions on both maxillaries, facial, in the frontal area, premolars included. Was charted the *dimension of gingival retractions* (measured in the middle of the vestibular surface, from the ADJ to the gingival margin) and the *dimension of the keratinized gum*. Each tooth was given three data: Miller Class type, gingival retraction dimension and the keratinized gum dimension. **Results** From the study group of 106 patients were registered 128 gingival retractions out of 54 patients (28 women and 26 men). The prevalence of gingival retractions was of 50,95% and the average dimension of gingival retraction of 2,29 mm. For the 14 out of 20 studied teeth, *the correlation coefficient* indicated an inverse proportional relation between the dimension of the fixed gingiva and the dimension of the gingival retraction. **Conclusions** 67,15% of gingival retractions were registered with small dimensions but 32,85% have notable dimensions, over 3 mm, making compulsory the surgical therapy to protect the uncovered root surfaces.

Chapter 7: **General conclusions** The bacterial association increases their pathogenicity. The use of amellar proteins associated with the coronally repositioned flap had the same results as those obtained with the conjunctive graft. After the initial therapy of the periodontal pockets with a dimension higher than 4mm their depth arrived to be 1,527 mm. The initial therapy for the patients group with aggressive periodontitis determined a noticeable reduce of gingival inflammation with 52,26% and was noticed as well a positive, linear correlation ($p=0,000<0,01$) between the three registered dimensions (probing depth, tooth mobility and tooth movement). The sequence of treatment for the patients with periodontal diseases depends on the clinical type of the disease, the experience of the therapist, and the patient's determination for healing. The immobilization techniques were used successfully in 45% of periodontitis cases. As for the three groups of patients with chronic periodontitis were noticed significant differences between the final and initial values of the registered dimensions; in conclusion the immobilization techniques offered suitable conditions for periodontal homeostasis (decreased value of inflammation and clinic reattachment). The prevalence of the gingival recession in the study group was of 50,95%.

References

Branda SS, Vik S, Friedman L, Kolter R. Biofilms: the matrix revised. Trends in microbiology 2005;13:20-26

Wilson AG. Epigenetic regulation of gene expression in the inflammatory response and relevance to common diseases. J Periodontol 2008;79:1514-1519

Graves D. Cytokines that promote periodontal tissue destruction. J Periodontol 2008;79:1585-1591

Van Dyke TE, Serhan CN. Resolution of inflammation: a new paradigm for the pathogenesis of periodontal disease. J Dent Res 2003;82:82-90

Taubman MA, Kawai T, Han X. The new concept of periodontal disease pathogenesis requires new and novel therapeutic strategies. J Clin Periodontol 2007;34:367-369

Condor Daniela, Buduru R., Smaranda Buduru :- Evaluarea radiologică a parodontiului marginal: ortopantomograma versus radiografia retroalveolară. Transilvania Stomatologică 2005;4:30-37.

Condor Daniela, Smaranda Buduru:- „ Ameliorarea esteticii zonei anterioare prin terapie complexă protetică-chirurgicală” Clujul-Medical 2007;LXXX:152-156.

Fouque-Deruelle C, Monnet-Corti V. Le detartrage supra-gingival en parodontie. Clinique 2003a;4 :223-228a

Roman A, Popovici A, Păstrav O, Condor D. Odontologie restaurativă: ghid teoretic și clinic. 2006. Editura Universitară "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca

Boyd RL. Periodontal and restorative considerations with clear aligner treatment to establish a more favorable restorative environment. Compend Contin Educ Dent. 2009 Jun;30(5):280-2, 284, 286-8.

Fouque-Deruelle C, Monnet-Corti V- Le surfasage. Clinique 2003;24:5:309-313

Fernando I, Harinder S. Sandhu,: Interdental Papilla Reconstruction Combining Periodontal and Orthodontic Therapy in Adult Periodontal Patients. J Can Dent Asoc. 2008 Aug;74(6):232-8

Corrente G, Abundo R, Re S, Cardaropoli D, Cardaropoli G. Orthodontic movement into infrabony defects in patients with advanced periodontal disease: a clinical and radiological study. J Periodontol 2003;74:1104-1109.

Kasab MM, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. JADA 2003;134:220-225

Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. Int J Periodontics Restorative Dent 1985;5(2):9-13

Condor C, Coloși H, Roman A. The prevalence of gingival recessions in a group of students in Cluj-Napoca. Journal of Romanian Medical Dentistry 2009;13(3)July/September:94-98

Pini Prato GP, Franceschi D, Cairo F, Rotundo R. Pronostic factors in the treatment of gingival recessions. J Parodontol Implantol Orale 2006;25(3):175-190

Curriculum Vitae

Informații personale:

Name: **CONDOR DANIELA CORNELIA**

Adress: Str. Nicolae Pascaly, Nr. 7, Bl. S3, Ap. 20, 400431, Cluj-Napoca

Phone: 0745-106996; 0264-414258.

E-mail : stardent_d@yahoo.com

Nationality: română

Date of birth: 17.05.1971

Professional experience:

2002 – until now : **Teaching assistant, dentist, senior surgeon dentist in Oro-Maxillo-Facial Surgery, general phisician,- U.M.F. „Iuliu Hațieganu”, Faculty of Dental Medicine, Department of Periodontology ,Cluj-Napoca.**

2000 – 2002 : Specialist dental surgeon OMF surgery in UM0603 - București

1995 – 2000 : Intern surgeon O.M.F. in Clinical Regional Hospital Cluj

Education:

- General medicine – bachelor diploma- 2000
- Oro-Maxillo-Facial Surgery
 - 5 years speciality training including practical work in general surgery (1year), vascular and microsurgery (3 months), plastic surgery (3 months), ENT (3 months), neurosurgery (3 months)
 - Postgraduate courses in implantology –Prof. dr. Gyula Takacs 1996 – 2000
 - Practical work shops of esthetic and plastic surgery for cleft lip and palace – Prof. Dr. H. Zeilhofer, 1998
 - Partner in clinical research to cleft lip and palace at OMF department Cluj-Napoca, with published articles

- and graduate thesis”General treatment principles in cleft lip and palace”
 - Degree in senior surgeon OMF-2004
- Periodontology
 - Doctoral trainee from 2001 with thesis: „A survey on the treatment stages of the marginal cronic periodontitis”
 - Conference at AMSPPR congres Cluj 2003-title: „Treatment of marginal cronic periodontitis ”
 - Workshop of surgical treatment in periodontology - prof. Harrisson SUA 2000.
 - Conference at UMF Iuliu Hatieganu days in 2003 with title „Treatment surgical methods in marginal cronic periodontitis ”, 2005 „Staging treatment in PMC”, 2007 „Coronal elongation”.
 - Postgraduate courses in periodontal surgery Prof. Dr. Francis Louise 2003, 2004, 2005 “Esthetics problems in periodontal disease, Plastic periodontal surgery”
 - Periodontology course- Medica symposium- „ Periodontal regeneration : clinical and biological views” Conf. Dr. Roman Alexandra,2004
 - Postgraduate courses in Periodontology- Prof.Dr. Pop Angela 2005
 - Gingival surgery courses LIVE Timișoara „New tendencies in periodontal plastic surgery” – interactive transmission of Periodontal German Society Regensburg – Germany – april 2005,april 2006
- General Dentistry
 - Postgraduate courses in oclusology „Functional and disfunctional occlusion” Prof. Dr. Sever Popa 2003
 - Postgraduate courses in prosthetics „Esthetics of ceramic bridges” Conf. Dr. Popa Smaranda 2005
 - „Radiological evaluation of marginal periodontium: OPT versus periapical radiograph”- **Condor Daniela**, Buduru R. Buduru Smaranda.- conference at Romanian Radiology Symposium 2006

Published articles

- Hurubeanu Lucia, **Condor Daniela** :-”Studiu statistic asupra despicăturilor labio-maxilo-palatine prezentate și tratate în Clinica de Chirurgie oro-maxilo-facială din Cluj-Napoca în perioada 1993-1997” – Transilvania Stomatologică nr. 1/2001 pag. 33-39
- Hurubeanu Lucia, **Condor Daniela**, Bizo Ioana :-”Excizia tumorii primare în cancerul labial” - Transilvania Stomatologica nr. 2/2002 pag. 56-60
- Hurubeanu Lucia, G. Băciuț, **Condor Daniela**, Bizo Ioana, Mihaela Băciuț:-”Osteoplastia în tratamentul despicăturilor labio-maxilo-palatine” – Transilvania Stomatologică nr 2/2002 pag. 65-69.
- Popa Smaranda, R. Buduru, **Condor Daniela**:- „Corelația dintre disfuncția Aparatului Dento-Maxilar și aspectul estetic. Prezentare de caz – Viața Stomatologică nr. 4/2003 pag. 37-43.
- **Condor Daniela**, Buduru R., Smaranda Buduru :- „Evaluarea radiologică a parodontiului marginal: ortopantomograma versus radiografia retroalveolară” Transilvania Stomatologică nr 4/2005 pag. 30-37.
- Alexandra Roman, Andrada Popovici, **Condor Daniela**, Păstrăv O.- „Odontologie restaurativă-ghid teoretic și clinic” Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”- Cluj-Napoca ,2006.
- R. Buduru, Smaranda Buduru, **Condor Daniela**:- „Evaluarea radiologică post-protetică în terapia parodontopatiei marginale cronice” Transilvania Stomatologică nr 1/2007 pag. 156-162.
- **Condor Daniela**, Smaranda Buduru:- „ Ameliorarea esteticii zonei anterioare prin terapie complexă protetico-chirurgicală” Clujul-Medical, vol.LXXX, 2007 pag 152-156.
- **Condor Daniela**, Coloși H, Roman A. The prevalence of gingival recessions in a group of students in Cluj-Napoca. Journal of Romanian Medical Dentistry 2009;13(3)July/September:94-98

1995 – 2000 intern surgeon O.M.F. in Clinical Regional Hospital Cluj

1996 – 2000 student of Faculty of General Medicine, U.M.F. „Iuliu Hațieganu” Cluj Napoca

1989 – 1994 studenta Faculty of Dental Medicine, U.M.F. „Iuliu Hațieganu” Cluj Napoca

1985 – 1989 pupil of „Emil Racoviță” Highschool Cluj-Napoca

Mother tongue:

Romanian

Foreign languages:

English: written, reading, spoken- very good

French: written, reading, spoken- good

Italian: written, reading, spoken- good .