



Il Prof. Dr. Bas Loomans ha conseguito il dottorato di ricerca in odontoiatria restaurativa nel 2007. Nel 2008 è stato ricercatore distaccato presso il BIOMAT, KU Lovaina, Belgio. Nel 2021 è diventato professore ordinario di Funzione orale e Odontoiatria restaurativa presso il Centro medico dell'Università Radboud di Nimega, Paesi Bassi. Si occupa di ricerca e di formazione universitaria e post-laurea. I suoi principali interessi di ricerca sono la gestione e il trattamento dell'usura dentale grave, i criteri diagnostici, lo sviluppo di materiali dentali "smart", la ricerca traslazionale, la captazione intraorale dell'acido gastrico e i processi decisionali che utilizzano l'intelligenza artificiale. È diventato un esperto di fama nazionale e internazionale in odontoiatria adesiva e restaurativa ed è il responsabile del progetto "Radboud Tooth Wear Project".

Inoltre, nel 2019 ha ricevuto il premio internazionale Steve Bayne Mid-Career Award del Dental Materials Group della International Association of Dental Research. È autore di oltre 120 pubblicazioni internazionali e nazionali ed è (co)autore e redattore di diversi capitoli di libri. Oltre al suo lavoro accademico, lavora un giorno alla settimana in uno studio dentistico generico/di riferimento a Nimega. I suoi interessi professionali si focalizzano sull'odontoiatria ricostruttiva, con particolare attenzione agli approcci terapeutici minimamente invasivi.

ResearchID: B-2910-2016; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6684-9723>

# La gestione dell'usura dentale: perché la consapevolezza e il pragmatismo sono importanti

Un'intervista con il Prof. Dr. Bas Loomans, Paesi Bassi

L'usura dentale è una sfida sempre più comune nell'odontoiatria moderna e richiede approcci ponderati e incentrati sul paziente. Abbiamo parlato con il Prof. Dott. Bas Loomans, uno dei massimi esperti del settore, che ha condiviso le sue opinioni sulla gestione dell'usura attraverso strategie pragmatiche, ponendo particolare enfasi su diagnosi, prevenzione, cure minimamente invasive, efficacia in termini di costi, apprendimento collaborativo ed educazione dei pazienti. La sua filosofia si concentra sulla responsabilizzazione dei pazienti e dei professionisti del settore odontoiatrico attraverso la consapevolezza, aiutandoli ad assumersi la responsabilità della propria salute orale e garantendo al contempo che i trattamenti rimangano accessibili e sostenibili.

In primo luogo, in base alla sua esperienza e competenza maturate negli ultimi 30 anni, potrebbe darci una panoramica su ciò che attualmente sappiamo in merito all'usura dentale e su come si è evoluta la nostra comprensione di questo fenomeno?

Negli ultimi decenni, la nostra comprensione dell'usura dentale si è evoluta in modo significativo. Anche se può sembrare che la prevalenza dell'usura dentale da moderata a grave sia in aumento, dovremmo essere prudenti nel formulare tale ipotesi. Ciò che è realmente cambiato è il livello di consapevolezza tra i professionisti del settore odontoiatrico.

Oggi i dentisti sono più preparati a riconoscere i primi segni di usura e a comprenderne le implicazioni, mentre in passato l'usura veniva spesso notata

ma non trattata fino a quando il problema non diventava grave.

Un altro cambiamento importante riguarda la filosofia di trattamento. In passato venivano comunemente eseguite procedure invasive come le corone integrali, anche su pazienti giovani. Ora invece, grazie alla ricerca e all'esperienza clinica, sappiamo che gli approcci minimamente invasivi, in particolare quelli che utilizzano i composti, possono essere efficaci anche nei casi più gravi. Questo cambiamento riflette una tendenza

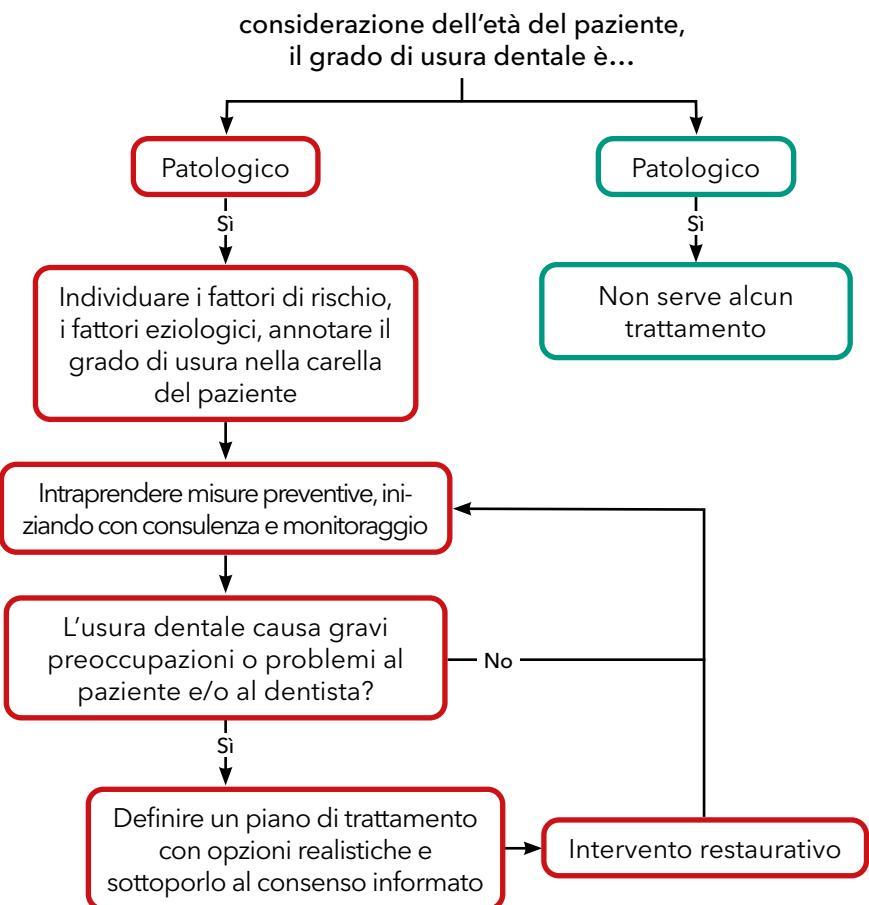
più ampia ad adottare cure più pragmatiche e rispettose del paziente, in grado di preservare la struttura dentale e di adattarsi alle esigenze dei pazienti più giovani.

## A suo parere, quali sono i principali fattori che causano l'usura dentale?

Quindici anni fa, credevo che i fattori meccanici, come il bruxismo, il serraggio dei denti o il mordicchiare oggetti, fossero le cause principali dell'usura dentale. Inoltre, nella prevenzione ci concentravamo principalmente su questi fattori, prescrivendo spesso l'uso di bite notturni. Tuttavia, con il passare del tempo, e in particolare grazie ai dati raccolti dal nostro gruppo di monitoraggio a lungo termine del Radboud Tooth Wear Project, è emerso chiaramente che i fattori chimici svolgono un ruolo molto più significativo di quanto si pensasse inizialmente.

L'usura dentale è influenzata da processi sia meccanici che chimici, ciascuno con fonti intrinseche ed estrinseche. I fattori meccanici intrinseci comprendono il serraggio e il bruxismo, mentre quelli estrinseci riguardano abitudini come mordere penne o mangiare le unghie. Dal punto di vista chimico, i fattori intrinseci comprendono il reflusso o il vomito, mentre quelli estrinseci sono legati al consumo di alimenti e bevande acidi.

Quello che sappiamo oggi è che le forze meccaniche di per sé raramente causano un'usura grave. L'esposizione agli acidi, sia da fonti interne che esterne, rende più molle la superficie dei denti che di conseguenza diventano molto più vulnerabili all'usura meccanica. Quindi, nella maggior parte dei casi, l'acido è una componente fondamentale nel processo di usura. La combinazione tra l'effetto chimico che indebolisce la superficie dentale e la



**Fig. 1:** Diagramma di flusso sulle opzioni di trattamento per l'usura dentale. Consensus meeting europeo sull'usura dentale, 27 ottobre 2016

sollecitazione meccanica determina i fenomeni che osserviamo clinicamente.

proviene dal paziente, bensì dal dentista in base a quanto rilevato.

**Spostando l'attenzione dalla prospettiva dei dentisti a quella dei pazienti, lei direbbe che, in generale, gli stessi pazienti sono consapevoli dell'usura dentale di cui soffrono, oppure solitamente è il dentista che individua e comunica questa condizione?**

In generale, la maggior parte dei pazienti non è molto consapevole dell'usura dei propri denti. Secondo la nostra esperienza, molti vengono indirizzati alla nostra clinica dal proprio dentista e spesso dicono di non sapere bene perché. Vengono semplicemente perché sono stati esortati a farlo. Ciò dimostra che la richiesta di trattamento spesso non

Detto questo, quando l'usura diventa estrema o inizia a compromettere l'estetica, come nel caso di discromie o danni visibili, alcuni pazienti iniziano a preoccuparsi. Anche la sensibilità dentale può essere un fattore scatenante, ma è interessante notare che la gravità dell'usura non è sempre correlata al dolore. Infatti, i pazienti con un'usura minore a volte riferiscono un dolore maggiore, soprattutto quando è presente un'erosione da acidi e i tubuli dentinali sono esposti.

In definitiva, uno dei ruoli più importanti del dentista è quello di creare consapevolezza. Si inizia dal riconoscere i segni dell'usura per poi spiegarli al paziente: cosa vede, cosa potrebbe significare e quali

potrebbero essere le cause. Senza questa consapevolezza, è difficile che i pazienti comprendano o accettino pienamente la necessità di un monitoraggio o di un trattamento e sono meno propensi a collaborare. Pertanto, è fondamentale insegnare e comunicare, sia durante i corsi di laurea sia nell'ambito della formazione post-laurea.

## E come stabilisce quando è sufficiente monitorare l'usura e quando invece occorre iniziare un trattamento restaurativo?

Non sempre è necessario effettuare un trattamento restaurativo in presenza di usura dentale (**Fig. 1**), anche nei casi che a prima vista sembrano gravi. Se non è presente dolore, non vi sono problemi estetici e il paziente non richiede espressamente un trattamento, il metodo consigliato è quello di iniziare con un monitoraggio. Questo approccio trova riscontro anche nella Dichiarazione di consenso europea e nelle nuove linee guida olandesi sulla diagnosi e la gestione dell'usura dentale.<sup>1,2</sup>

Il monitoraggio ci consente di valutare la progressione nel tempo (**Fig. 2**). Stupisce che molti casi che sembrano estremi rimangano stabili per anni, anche per un decennio.<sup>3</sup> Se l'usura progredisce lentamente e il paziente non avverte fastidio, non è necessario intervenire. Tuttavia, se il paziente percepisce dolore, insoddisfazione estetica o problemi funzionali, allora il trattamento diventa necessario.

Il coinvolgimento del paziente è fondamentale. Quando i pazienti comprendono la patologia e le sue implicazioni, sono più propensi a impegnarsi nel processo di trattamento e ad accettarne i limiti.



Radboudumc



**Fig. 2:** Monitoraggio tramite scansioni digitali. Sottraendo entrambe le scansioni, si deduce la progressione dell'usura. Il verde indica l'assenza di differenze rilevanti, mentre le aree blu rappresentano le zone affette da usura.

## Come mette in atto le strategie preventive?

È raro che si possa individuare una singola causa dell'usura e quindi evito di adottare un approccio troppo autoritario. Mi focalizzo invece sull'aiutare i pazienti a comprendere i potenziali fattori che contribuiscono all'insorgere del problema e li sprono a riflettere sulle proprie abitudini. Non so cosa succeda nella loro routine quotidiana a casa, ma richiamando l'attenzione su determinati comportamenti, come l'alimentazione, la tecnica di spazzolamento o le abitudini parafunzionali, spesso i pazienti iniziano a riconoscere da soli alcuni schemi ricorrenti. Quando capiscono perché una determinata cosa è importante, sono molto più propensi ad assumersi la responsabilità e ad apportare cambiamenti significativi.

Il mio approccio consiste quindi nell'informare, consigliare e dare spazio. Lascio che le informazioni vengano assimilate, permetto al paziente di rifletterci e lo sostengo nell'assumersi la responsabilità della propria salute orale. È qui che inizia la vera prevenzione: non solo con le istruzioni, ma con la comprensione e la responsabilizzazione.

## Come affronta la scelta dei materiali quando è necessario eseguire un trattamento restaurativo?

Quando è necessario effettuare un trattamento restaurativo, privilegio soluzioni minimamente invasive, spesso iniziando con restauri diretti in composito. Questi materiali possono essere molto efficaci se applicati con il protocollo corretto e offrono il doppio vantaggio di essere l'opzione meno invasiva e più conveniente dal punto di vista economico. Di solito utilizzo composti ibridi, ma se il fattore causale principale è l'erosione chimica, anche il composito iniettabile può essere efficace (**Fig. 3**). È importante tenere presente che i composti richiedono uno spessore sufficiente per mantenere la loro resistenza meccanica.

Per me, la sopravvivenza del dente è più importante della sopravvivenza del restauro, soprattutto considerando che molti dei nostri pazienti sono relativamente giovani. Nessun restauro dura per sempre, nemmeno quelli indiretti, quindi è fondamentale preservare il più possibile la struttura del dente naturale. Ciò implica anche pensare al futuro e anticipare ciò che potrebbe



**Fig. 3:** Trattamento con composito diretto (tecnica di injection moulding)

accadere. Ci si deve chiedere: quali opzioni rimarranno a disposizione dopo questa procedura?

Recentemente abbiamo pubblicato una review sistematica<sup>2</sup> che confronta le opzioni di restauro diretto e indiretto per la gestione dell'usura dentale. Sebbene i restauri indiretti abbiano mostrato percentuali di insuccesso inferiori, tendono ad essere più invasivi e richiedono più tempo per l'operatore. Inoltre, quando si verifica un insuccesso, in caso di utilizzo dei composti, le riparazioni sono spesso più semplici e conservative.

In definitiva, il mio obiettivo è trovare soluzioni pragmatiche che soddisfino la maggior parte dei pazienti. Data l'età

relativamente giovane della nostra popolazione di pazienti, il costo è un fattore significativo che non può essere ignorato. Ecco perché i restauri diretti in composito spesso rappresentano la scelta d'elezione: garantiscono un equilibrio tra successo clinico, accessibilità per il paziente e manutenibilità a lungo termine.

### Quanto è importante ripristinare un'occlusione corretta?

Esistono due scuole di pensiero: quella degli "occlusionisti", secondo i quali tutto deriva dall'occlusione, e quella più pragmatica, alla quale appartengo anch'io. Sebbene il supporto occlusale sia importante, non esistono prove certe che

dimostrino che realizzando contatti perfetti da manuale, come il rapporto cuspide-fossa o la guida canina, si ottengano risultati migliori o si riduca il numero di insuccessi.

Al contrario, io punto a un'occlusione funzionale e stabile, evitando il contatto su aree deboli come le creste marginali. Se è possibile ottenere una guida canina, ottimo, ma in caso contrario, la guida di gruppo funziona altrettanto bene. In definitiva, i denti non sono sempre perfettamente allineati e i restauri dovrebbero adattarsi alla realtà del paziente, non a un modello idealizzato. Il successo di un trattamento non sta nel raggiungimento della perfezione, ma nella comprensione e nel rispetto delle esigenze del paziente e nel soddisfarle.

**Questa è stata una discussione illuminante sulle varie sfumature dell'occlusione e dell'usura dentale. Grazie del tempo che ci ha dedicato e della sua competenza.**

### Bibliografia

1. KIMO. (2025). Klinische praktijkrichtlijn: Gebitssluitage van blijvende elementen – Screening, diagnostiek, monitoring, preventieve maatregelen en indicatie restauratieve behandeling. Retrieved September 10, 2025, from <https://www.kimo.nl>
2. Loomans B, Opdam N, Attin T, Bartlett D, Edelhoff D, Frankenberger R, Benic G, Ramseyer S, Wetselaar P, Sterenborg B, Hickel R, Pallesen U, Mehta S, Banerji S, Lussi A, Wilson N. Severe Tooth Wear: European Consensus Statement on Management Guidelines. J Adhes Dent. 2017;19(2):111-119.
3. Bronkhorst H, Bronkhorst E, Kalaykova S, Pereira-Cenci T, Marie-Huysmans C, Loomans B. Inter- and intra-variability in tooth wear progression at surface-, tooth- and patient-level over a period of three years: A cohort study. Inter- and intra-variation in tooth wear progression. J Dent. 2023 Nov;138:104693.
4. Alani A, Mehta S, Koning I, Loomans B, Pereira-Cenci T. Restorative options for moderate and severe tooth wear: A systematic review. J Dent, 2025; 156:105711.