



Subcitrato de bismuto coloidal

Tratamento de úlcera péptica gástrica e duodenal

Fórmula Molecular: $K_3(NH_4)_2[Bi_6O_3(OH)_5(C_6H_5O_7)_4]$

Peso Molecular: Não se aplica

Fator de correção: Não se aplica

Fator de equivalência: Não se aplica

CAS: 57644-54-9

Os sais de bismuto vêm sendo utilizados na medicina há cerca de 500 anos, sendo o seu primeiro uso documentado na forma de unguentos em 1773. Na metade do século XIX os sais de bismuto passaram a ser utilizados para o tratamento de sintomas dispépticos (ZATERKA S, 2000).

Subcitrato de bismuto coloidal consiste em um complexo coloidal polinuclear do sal de amônio potássio de oxidroxocitratobismutato. Possui ação bactericida comprovada sobre o *Helicobacter pylori*, bactéria responsável pelas recidivas das úlceras pépticas.

Propriedades

- Tratamentos de úlceras pépticas gástricas
- Tratamentos de úlceras duodenais
- Tratamento de Esofagite de refluxo
- Tratamento gastrite
- Tratamento duodenite

Mecanismo de ação

Estudos experimentais demonstram que, em presença de acidez gástrica, este medicamento forma uma camada abundante que se deposita sobre o local ulceroso e em suas margens, formando uma camada protetora insolúvel, reforçando a camada de muco e impedindo o ataque de fatores agressivos, representados principalmente pelo ácido clorídrico. Desta forma, a cicatrização pode evoluir até a completa restauração da área afetada. Assim, a cicatrização pode evoluir até completa restauração da mucosa.

Dose usual / Posologia

Via oral - 120 mg quatro vezes ao dia, meia hora antes ou meia hora depois das três principais refeições e ao deitar, durante 4 a 8 semanas. Recomenda-se intervalo de 8 semanas entre um ciclo e outro de tratamento.

Indicações e aplicações

Subcitrato de bismuto coloidal é indicado como coadjuvante no tratamento de úlceras gástricas e duodenais, esofagite de refluxo, gastrite e duodenite.

Contraindicações

Subcitrato de bismuto coloidal é contraindicado para pessoas que apresentam Hipersensibilidade ao bismuto, gravidez, lactação e insuficiência renal grave.

Reações adversas

Em raros casos, a ingestão deste medicamento pode provocar reações indesejáveis, em geral de intensidade leve à moderada: tontura, cefaléia, náuseas, vômitos e diarreia. Escurecimento dos dentes e língua é bastante raro e somente foi observado em tratamentos prolongados. O escurecimento das fezes é comum após o início do tratamento, sem, contudo, apresentar qualquer consequência clínica.

Este medicamento é 99% eliminado através das fezes. Portanto, a ocorrência de escurecimento (coloração negra) das fezes é esperada e não tem significado clínico algum.

Interações medicamentosas

Deve-se evitar o uso de cálcio e ferro, pois este medicamento pode reduzir a absorção gastrointestinal dessas substâncias. A ingestão simultânea de antiácidos e alimentos podem interferir na ação do Subcitrato de bismuto coloidal. Durante este tratamento não se recomenda o uso de bebidas gaseificadas, antiácidos ou leite, meia hora antes e meia hora depois da administração do medicamento.

Pode ser associado a antibióticos (amoxicilina, tetraciclina) e derivados nitroimidazólicos (tinidazol, metronidazol) utilizados para a erradicação do *Helicobacter pylori*.

Recomendação farmacotécnica:

Excipientes compatíveis com Subcitrato de bismuto coloidal: lactose, celulose microcristalina, dióxido de silício, amidoglicolato de sódio, estearato de magnésio, talco, dióxido de titânio, macrogol e estearato de magnésio.

Não é necessário aplicar fator de correção.

Não é necessário aplicar fator de equivalência.

Informações de armazenamento

Verificar condições de armazenamento no rótulo do produto.

Referências bibliográficas

Bula medicamento Peptulan® - Farmasa (Cosmed Indústria de Cosméticos e Medicamentos S.A.)– disponível em: <https://media.netfarma.com.br/bulas/Lucretin-P00021FMS00.pdf> - último acesso: 21/02/2017.

Korolkovas, A.; Dicionário Terapêutico Guanabara, Guanabara koogan - 2008/2009.

Zaterka S. Bismuth salts in gastroenterology: an ancient yet current medication. GED Gastroenterol. Endosc. 2000; 19(4): 154-162.