



SEIP

Sociedad Española de
Infectología Pediátrica

Mayo 2026

Grupo de Trabajo de Infecciones Ambulatorias

Revisor

María Belén Hernández Rupérez

Referencia del artículo

Boralevi F, Simon G, Bernigaud C, Brun J, Goujon E, Perrot JL, Phan A, Hérissé AL, Maruani A, Vanhaecke C, Couty E, Abasq-Thomas C, Fournet M, Mallet S, Brenaut E, Hubiche T, Balguerie X, Caux F, Beneton N, Dutkiewicz AS, Adamski H, Aubert H, Bourrat E, Couzan C, Eyraud A, Janela-Lapert R, Marti A, Miquel J, Richard M, Barbarot S, Bonniaud B, Chabbert C, Delion F, Dinulescu M, Duong TA, Etienne M, Hirsch G, Isnard C, Huet F, Le Bidre E, Leducq S, Legrand A, Monestier S, Morice-Picard F, Seneschal J, Capelli A, Lacoste C, Labrèze C, Miraglia G, Do-Pham G, Giraudeau B, Chosidow O. **Oral ivermectin versus 5% permethrin cream to treat children and adults with classic scabies: multicentre, assessor blinded, cluster randomised clinical trial.** BMJ. 2026 Jan 6;392:e086277. doi: 10.1136/bmj-2025-086277. Erratum in: BMJ. 2026 Apr 8;393:s587. doi: 10.1136/bmj.s587. PMID: 41494769; PMCID: PMC12771274.

Pregunta y tipo de estudio

Es un ensayo clínico aleatorizado por clúster (hogares) con evaluadores enmascarados, con el objetivo de determinar la no inferioridad del tratamiento con ivermectina oral en comparación con



SEIP

Sociedad Española de
Infectología Pediátrica

permetrina tópica en niños y adultos con diagnóstico de sarna confirmada por dermatoscopia.

Resumen estructurado

Objetivo del estudio: evaluar si el tratamiento con **ivermectina oral** (200 mcg/kg) es **no inferior** al tratamiento con **permetrina tópica al 5%** (ambos tratamientos en días 0 y 10) para conseguir la **curación clínica de la sarna clásica en 28 días**, tanto en casos clínicos en el/los casos índice/s como en sus contactos convivientes.

Objetivo principal: curación clínica del clúster en el día 28 (desaparición de los signos clínicos y síntomas de sarna en todos los miembros del hogar incluido el caso índice).

Objetivos secundarios: curación clínica a nivel individual en el día 28, para el caso índice o los convivientes; curación clínica en el día 56 a nivel clúster e individual; adherencia al tratamiento, preferencia del paciente, así como la seguridad de los tratamientos.

Diseño del estudio: Ensayo clínico multicéntrico (28 hospitales franceses), aleatorizado por un estadístico independiente en clústeres (hogares), con evaluadores dermatólogos enmascarados, del 19 de enero 2016 al 16 de diciembre 2021.

Criterios de inclusión: caso/s índice/s (niños o adultos) con peso ≥ 15 kg con síntomas y signos compatibles con sarna confirmada por dermatoscopia con asignación 1:1 a ivermectina oral o permetrina tópica. Los convivientes del caso índice recibieron el mismo tratamiento que éste, excepto los convivientes < 15 kg que recibieron siempre permetrina tópica al 5% independientemente del grupo.

Criterios de exclusión: hogares con más de 8 miembros de edad ≥ 2 años, tratamiento escabídica en las 4 semanas previas en el caso índice y



SEIP

Sociedad Española de
Infectología Pediátrica

miembros convivientes de éste, eccema difuso o extensa impetiginización en el caso índice y miembros convivientes.

Nombre del estudio: SCRATCH.

Resultados

Se incluyeron 1092 participantes (294 hogares/clúster), de los cuales finalmente se analizaron 507 en 142 hogares que recibieron ivermectina oral y 568 en 147 hogares tratados con permetrina tópica. Las características basales fueron comparables entre ambos grupos a nivel del caso índice y a nivel clúster.

La tasa de curación a nivel de hogar en el día 28 fue del 71,8% con ivermectina frente al 88,5% con permetrina (diferencia de -16,7 puntos porcentuales; IC 95%: -26,3 a -7,1), sin demostrarse la no inferioridad de ivermectina. Además, el resultado confirmó la superioridad estadística de permetrina.

Resultados similares con menor tasa de curación con ivermectina en comparación con permetrina, se observaron en los casos índice (76,6% vs 91,5%; diferencia -14,9) y en todos los participantes (85,3% vs 94,2%; diferencia -9,2).

Los coeficientes de correlación intraclase fueron mayores en el grupo de permetrina, indicando mayor homogeneidad de curación dentro de los hogares. Los análisis por subgrupos confirmaron estos hallazgos.

En el día 56, la mayoría de los pacientes se mantenían en estado de curación, aunque los datos fueron limitados.

Los participantes mostraron mayor preferencia por el tratamiento con ivermectina en comparación con permetrina en términos de aceptabilidad (diferencia de 31.5 puntos porcentuales en los casos índice y de 23.2 puntos porcentuales en los miembros convivientes).

Se notificaron pocos eventos adversos cutáneos, ligeramente más frecuentes con permetrina (a nivel caso índice 13.6 % vs. 9.9%; y a nivel de hogar 3.3%



SEIP

Sociedad Española de
Infectología Pediátrica

vs. 2.2%). Los eventos adversos graves no se consideraron relacionados con los tratamientos.

Conclusiones

Los resultados no demostraron la no inferioridad del tratamiento con ivermectina oral 200 µg/kg en comparación con el tratamiento tópico con permetrina al 5%, administrados ambos en los días 0 y 10, para la curación clínica de la sarna clásica. Se evaluó la curación en el día +28 en una amplia población de niños y adultos, incluyendo los casos índices y sus convivientes por hogar. Por el contrario, los resultados mostraron la superioridad estadística del tratamiento con permetrina. Sin embargo, en la toma de decisiones en la práctica clínica, deben considerarse factores como el cumplimiento y adherencia al tratamiento, la facilidad de uso, así como la tolerancia o resistencia molecular y clínica a los escabicidas y las condiciones de la piel de los pacientes al prescribir el tratamiento para la sarna.

Comentario: implicaciones clínicas

Este estudio está bien diseñado porque corrige muchas dificultades habituales en la investigación sobre escabiosis en la práctica clínica habitual: diseño por hogares; diagnóstico confirmado por dermatoscopia según los criterios de la Alianza Internacional para el Control de la Sarna¹; evaluadores que son dermatólogos especialistas entrenados cegados para hacer un correcto diagnóstico de la curación que se basa en la exploración física; tratamiento simultáneo óptimo de todos los miembros del hogar en dos dosis (días 0 y 10). Todo ello aumenta la credibilidad de los resultados.

Se demuestra significativamente que **el tratamiento con permetrina tópica funciona mejor que la ivermectina oral para curar la sarna clásica en todos los análisis realizados**. La diferencia en tasas de curación es suficientemente grande como para que tenga impacto real en la práctica, siendo también clínicamente relevante. Además, en el tratamiento de la



SEIP

Sociedad Española de
Infectología Pediátrica

sarna el principal objetivo suele conseguir la curación a nivel del hogar, y la permetrina mostró mejor control intrafamiliar.

Se proponen varias explicaciones de la mayor eficacia de la permetrina: su aplicación directa sobre la piel podría proporcionar mayor biodisponibilidad en el estrato córneo, donde se localizan los parásitos

Sin embargo, esto no significa que la ivermectina no sea útil. De hecho, debido a su administración más fácil en comparación con permetrina tópica, va a ser preferible sobre todo en situaciones donde aplicar una crema de forma correcta es complicado: personas dependientes, instituciones, brotes en residencias, o pacientes que simplemente no van a cumplir bien con el tratamiento tópico.

Los datos de seguridad de ambos tratamientos fueron similares, por lo que la elección del tratamiento se basará en los datos de eficacia y logística.

Comparación con otros estudios:

En un metaanálisis en red de ensayos clínicos aleatorizados que evaluaron la eficacia y seguridad de los fármacos frente a la sarna, incluyendo la combinación de tratamientos, ningún tratamiento se posicionó más eficaz respecto a otro². Asimismo, las conclusiones de dos revisiones sistemáticas Cochrane³⁻⁴ publicadas en 2007 y 2018, comparando ivermectina oral y permetrina tópica al 5% fueron contradictorias: superioridad de permetrina o no diferencia entre ambos tratamientos, posiblemente por diferencias en los criterios de evaluación de la curación.

En el estudio comentado, la alta tasa de curación a nivel individual de la sarna con permetrina al 5% respaldaría su prescripción como primera línea en varios contextos: en niños y adultos jóvenes; en individuos con condiciones cutáneas que permitan la aplicación de un escabicida; cuando los pacientes y sus convivientes acepten la aplicación en todo el cuerpo (con posibles eventos adversos locales) en los días 0 y 10; y en áreas geográficas donde no se sospeche tolerancia o resistencia al fármaco.



SEIP

Sociedad Española de
Infectología Pediátrica

En Italia se ha reportado pérdida de eficacia de permetrina en el tratamiento de la sarna⁵. Esta situación podría estar relacionada con una mutación M918L en la región codificante del canal de sodio, disminuyendo su acción neurotóxica.

En otras circunstancias, la ivermectina oral podría prescribirse como tratamiento de primera línea, especialmente cuando la aplicación tópica no es práctica, por ejemplo, en adultos mayores, institucionalizados o dependientes; brotes en residencias donde la logística favorece la vía oral; personas sin hogar que no pueden retirar la crema o carecen de privacidad.

La prescripción de tratamiento combinado, que incluye ivermectina oral y permetrina tópica, debería mantenerse restringida al tratamiento de sarna grave (es decir, sarna profusa o costrosa). Este régimen podría seleccionarse cuando la monoterapia falla, aunque se necesitarían estudios que respalden su superioridad (mayor eficacia o menor duración de la enfermedad) frente a cada fármaco administrado por separado, particularmente en pacientes con sarna resistente o refractaria.

Otros tratamientos alternativos incluyen emulsiones de benzoato de bencilo al 10%-25%. Aunque son más baratos y están disponibles a nivel mundial desde hace muchos años, se requieren grandes ensayos clínicos aleatorizados para confirmar su no inferioridad frente a la ivermectina o su superioridad sobre la permetrina al 5%.

Opciones futuras incluyen una formulación de ivermectina en formulación oral y con un proceso de absorción mejor controlado, y moxidectina oral, un lactona macrocíclica con vida media más larga que requiere una sola dosis.

Limitaciones

La limitación más importante del estudio, tal como comentan los autores, es que finalizó antes de alcanzar el tamaño muestral predeterminado por falta de recursos para continuar.



SEIP

Sociedad Española de
Infectología Pediátrica

También se excluyeron ciertos pacientes: aquéllos en hogares con más de 8 miembros convivientes de edad ≥ 2 años (se podría llegar a pensar que familias extensas podrían tener una tasa de contagio mayor); aquellos casos índice y convivientes con tratamiento escabídico en las 4 semanas previas (se podría pensar que son casos con resistencia a los tratamientos escabídicos, o bien que no han hecho correctamente el tratamiento), y aquéllos con eccema difuso o extensa impetiginización en el caso índice y miembros convivientes (casos en los que puede ser difícil el diagnóstico diferencial).

Existe un sesgo a favor de permetrina, al considerar que los niños convivientes < 15 kg siempre recibirán permetrina independientemente del tratamiento asignado a su hogar. Sin embargo, el estudio sugiere que el análisis por subgrupos no explica la diferencia global.

No se evaluó la superficie corporal afectada, lo que podría influir en la adherencia al tratamiento tópico. Tampoco se evaluó si los pacientes se aplicaron la permetrina de forma correcta, ni se detalla cuáles fueron las medidas de descontaminación, lo cual es fundamental en el éxito del tratamiento y suele fallar con frecuencia en la vida real. Sin embargo, si parece que en el ensayo, los participantes recibieron instrucciones claras, lo que podría haber maximizado la eficacia de la crema más de lo habitual.

Tampoco se analizó resistencia del ácaro, que en algunas zonas empieza a ser un problema, lo cual podría afectar a la aplicabilidad del estudio a otros lugares geográficos distintos a Francia.

En cuanto al seguimiento, algunos miembros convivientes no acudieron a la evaluación del día 28, proporcionando información mediante autodeclaración. Además, en el día 56 de seguimiento, hubo muy pocos datos disponibles, lo cual no permite evaluar recidivas tardías.

Tampoco se consideraron factores sociales que podrían haber influido en la adherencia.

A pesar de las limitaciones, el estudio demuestra la superioridad del tratamiento con permetrina en el tratamiento de la sarna, sin invalidar la



SEIP

Sociedad Española de
Infectología Pediátrica

ivermectina, que sigue siendo una herramienta valiosa en contextos específicos. La decisión óptima debe individualizarse según las características del paciente sobre todo respecto a sus patologías cutáneas que hagan que no tolere el tratamiento tópico, el cumplimiento y adherencia al tratamiento, la facilidad de uso, el contexto epidemiológico, la disponibilidad de recursos, así como la resistencia a los escabicidas.

Bibliografía

- 1.- Engelman D, Yoshizumi J, Hay RJ, et al. The 2020 International Alliance for the Control of Scabies consensus criteria for the diagnosis of scabies. *Br J Dermatol* 2020;183:808-20. 10.1111/bjd.18943
- 2.- Thadanipon K, Anothaisintawee T, Rattanasiri S, Thakkinstian A, Attia J. Efficacy and safety of antiscabietic agents: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Acad Dermatol* 2019;80:1435-44. 10.1016/j.jaad.2019.01.004
- 3.- Strong M, Johnstone P. Interventions for treating scabies. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;2007:CD000320.
- 4.- Rosumeck S, Nast A, Dressler C. Ivermectin and permethrin for treating scabies. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;4:CD012994.
- 5.- Mazzatenta C, Piccolo V, Argenziano G, Bassi A. Is scabies becoming less sensitive to permethrin therapy? *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2021;35:e607-9. 10.1111/jdv.17339