

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL MANEJO DE LA ITU COMPLICADA EN PEDIATRÍA: *A PROPÓSITO DE DOS CASOS*

Carlos Torrá Rodríguez (R1)
M^a Carmen Vicent (Tutora)
Pediatria Interna Hospitalaria
(Lactantes)

DEFINICIÓN

Bacterias en el tracto urinario con un **crecimiento significativo** + muestra de orina obtenida mediante una **técnica adecuada** + **signos y síntomas** según localización y edad del paciente.

Escherichia coli  *más frecuente (85%)*

**¡¡ Riesgo de producir
daño renal definitivo !!**

La incidencia acumulada **a la edad de 7 años** es del 1-2% en niños y 7% en niñas

1-2% de los niños y el 3-5% de las niñas padecerán **al menos 1 episodio**

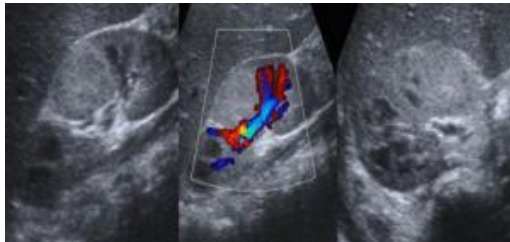
Diagnóstico mediante **urocultivo, leucocituria o nitritos en orina** apoyan el diagnóstico de sospecha

Las **recidivas** son frecuentes

Indicaciones de 	
Generales ³²	• < 2-3 meses ³³ • Afectación del estado general o aspecto séptico • No tolerancia oral, deshidratación • Inmunodeficiencia primaria o secundaria • Alteraciones electrolíticas o de la función renal • Enfermedad renal crónica y malformaciones significativas de la vía urinaria ³⁴ • Imposibilidad de un seguimiento correcto o sospecha de mal cumplimiento • No respuesta al tratamiento tras 48-72 h. desde el inicio (persistencia de fiebre)
Relativas ³⁵	• Fiebre elevada ($\geq 39-39.5^{\circ}\text{C}$), sobre todo si asocian elevación de los reactantes de fase aguda • Otros factores de riesgo de germen no habitual ⁷ • Historia familiar de RVU o ecografía prenatal con dilatación de la vía urinaria en estudio • Infecciones urinarias febriles de repetición ¹

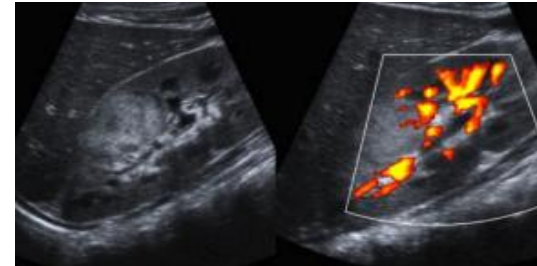
CASO 1

- Lactante varón de **2 meses** que consulta por **fiebre** de escasas hora de evolución, junto con **irritabilidad**
- Estudio de orina **patológico**, sospechando una ITU febril.
- Ingresa con tratamiento con **Ampicilina (50 mg/kg/día)** y **Cefotaxima (150 mg/kg/día)**.
- Urocultivo: *E. Coli* > 30.000 UFC
- Hemocultivo: *S. Epidermidis* (contaminante)
- En ecografía al 3er día de ingreso se observa **foco de nefritis en polo superior de riñón izquierdo**.
- **Ante resultados antibiograma se retira la Ampicilina y se mantiene Cefotaxima.**



CASO 2

- Lactante mujer de **3 meses** que es derivada de centro privado por **fiebre** de 24 horas de evolución, con **rechazo parcial de tomas**.
- Estudio de orina en centro privado **patológico**, sospechando una ITU febril.
- Ingresa con tratamiento **Cefotaxima (150 mg/kg/día)**.
- Urocultivo: *E. Coli* > 100.000 UFC
- Hemocultivo: *E. Coli* sensible a Cefalosporinas
- En ecografía se observa **foco de nefritis en polo superior de riñón derecho**.



ITU complicada vs atípica

Atípica



Cuando la enfermedad **no sigue su proceso clínico esperado**

Complicada
(ITUc)



Factores que afectan al **manejo inmediato**
Mayor probabilidad de que el **tratamiento convencional fracase**

RIESGO LOCALIZADO	RIESGO GENERALIZADO
Anomalía urológica anatómica o funcional significativa	Neonatos
Infecciones urinarias recurrentes múltiples	Enfermedad subyacente no urológica (renal y no renal)
	Presentaciones clínicas graves: sepsis, enfermedad parenquimatosa renal grave

Clasificación ITUc

TABLA 1. - Subgrupos de ITUc definidos en la Guía

Subgrupo CUTI	Motivo de la inclusión (Número de componentes alineados con el sistema de clasificación de la EAU)
Anomalia urológica anatómica o funcional significativa conocida (incluida la posterior a la instrumentación)*	Alto riesgo de complicaciones infecciosas (nefronía y absceso) y alto riesgo de recurrencias o patógenos inusuales, especialmente durante la profilaxis (3)
ITU recurrente múltiple †	Alto riesgo de patógenos inusuales o trastorno urológico significativo no diagnosticado (2)
Presentación clínica grave ‡	Alto riesgo de deterioro de la función renal y afectación tisular extensa y sistémica (2)
Afecciones subyacentes no urológicas	Alto riesgo de presentación grave, afectación tisular extensa (nefronía, absceso y pielonefritis enfisematosa) y patógenos inusuales (3)
neonatos	Sistema inmunológico inmaduro, alto riesgo de bacteriemia y alto riesgo de patógenos inusuales (3)

* No grados I y II, RVU no dilatante o hidronefrosis prenatal leve.

† Bacteriuria no asintomática.

‡ No solo fiebre.

Todas ellas con GRADO D de evidencia.

Diagnóstico

- La **historia del paciente y la revisión clínica** respaldan el diagnóstico y la **evaluación de las características de complicación** (GRADO D)
- Recolección de orina mediante **muestra estéril**, sondaje o punción suprapúbica y se debe realizar análisis de orina, **cultivo en TODOS los niños** (GRADO C)
- Parámetros analíticos de sangre deben incluir marcadores inflamatorios, hemograma, hemocultivo, urea, creatinina y electrolitos (GRADO C)
- Ecografía es útil en algunas situaciones (GRADO D)
- **TODOS deben ser reevaluados a las 48 horas** para valorar su respuesta al tratamiento. Si la evolución es atípica, se deben considerar complicaciones y/o diagnóstico diferencial (GRADO D)
- Sólo es necesario repetir la prueba de orina si la respuesta al tratamiento es inadecuada (GRADO D)

Tabla I. Criterios diagnósticos de ITU según método de recogida de orina

Método de recogida de orina	Nº de colonias (UFC/ml) en urocultivo	Probabilidad de infección (%) y actitud
Micción media	2 muestras >100.000	90%
	1 muestra >100.000	80%
	>50.000	Repetir urocultivo
	10.000-50.000	Repetir urocultivo si sintomáticos. Sin síntomas, ITU poco probable
Sondaje uretral	>50.000	95%
	25.000-50.000	Repetir urocultivo
	<25.000	ITU poco probable
Punción suprapúbica	Cualquier número de bacterias gram- >1.000 bacterias gram+	>99%

UFC/ml: unidades formadoras de colonias/ml.

Diagnóstico

TABLA 2. - Resumen de diagnósticos y otras investigaciones iniciales en niños con ITUC

Investigaciones diagnósticas para todos los niños con sospecha de infección urinaria.			Grado de evidencia
Análisis de orina	Útil para todos los niños con sospecha de infección urinaria Falso (+): poscirugía/instrumentación, afecciones inflamatorias, p. ej., enfermedad de Kawasaki Falso (-): neonatos, patógenos con baja respuesta inflamatoria, p. ej., <i>Enterococcus</i> spp., neutropenia		hacer
Cultivo de orina	Estándar de oro para el diagnóstico de ITU Falso (+): contaminación, niños con condiciones funcionales Falso (-): antibióticos previos, alguna enfermedad parenquimatosa grave (nefronía y absceso)		hacer
Investigaciones adicionales para niños con sospecha o confirmación de CUTI			
Subgrupos de CUTI	Diferencias con las infecciones urinarias graves.	Investigaciones a considerar	
Anomalia urológica significativa conocida*	Alto riesgo de complicaciones infecciosas (nefritis lobar aguda/nefritis bacteriana focal aguda y absceso) y alto riesgo de recurrencia o patógenos inusuales, especialmente durante la profilaxis.	Se deben realizar de forma temprana marcadores inflamatorios, ecografía de urea y creatinina para evaluar la presencia de un absceso renal.	B-D
Infecciones urinarias recurrentes múltiples	Alto riesgo de patógenos inusuales o resistentes o trastorno urológico significativo no diagnosticado	Marcadores inflamatorios, ecografía temprana para evaluar absceso renal. Ecografía si no se realizó previamente para detectar anomalías urológicas.	ANUNCIO
Presentación clínica grave	Presentación tóxica, deterioro de la función renal y afectación extensa del tejido renal.	Cultivos de sangre, hemograma completo, pruebas de función renal, electrolitos séricos y ecografía.	A
Afecciones subyacentes no urológicas	Inmunodeprimido, diabetes, alto riesgo de presentación grave, afectación tisular extensa (nefronía y absceso) y patógenos inusuales, por ejemplo, hongos.	Marcadores inflamatorios La ecografía debe considerarse de forma temprana para evaluar la presencia de un absceso renal.	BD
neonatos	Sistema inmunológico inmaduro y alto riesgo de bacteriemia (<i>estreptococo</i> del grupo B y <i>E. coli</i>)	Cultivos de sangre/LCR, hemograma completo, marcadores inflamatorios, electrolitos séricos, pruebas de función renal y ecografía.	BD

LCR indica líquido cefalorraquídeo.

* Incluye postoperatorio/instrumentación.

Tratamiento

ANTIBIÓTICO

- En la mayoría **antibioterapia oral** (**GRADOS C y D**)
- **INTRAVENOSA**: anomalías urológicas significativas (RVU grados 4 y 5 u obstrucción), sepsis, nefritis/absceso renal, neonatos y lactantes <2 meses, postrasplante renal e inmunodepresión con neutropenia febril (**GRADOS B a D**)
- **ITU recurrentes**, no es necesario comenzar IV. Cada episodio debe manejarse de manera independiente. Riesgo de infección con bacterias resistentes
- **Si ITU previas resistentes** a las opciones orales, emplear antibióticos IV inicialmente hasta que se disponga del cultivo
- Los antibióticos **intravesicales** (vía uretral o Mitrofanoff) se utilizan ocasionalmente para tratar las ITU recurrentes intratables
- **Los pacientes oncológicos** presentan pocos síntomas clásicos, por lo que el diagnóstico y el tratamiento pueden retrasarse. Suelen tener múltiples ingresos y ciclos de antibióticos, siendo propensos a presentar bacterias inusuales o resistencias
- Estudios respaldan el tratamiento IV domiciliario mediante UHD si se encuentran estables.

OTROS

- **Antieméticos, reanimación con líquidos, antitérmicos**
- **Derivación quirúrgica temporal** en caso de obstrucción y **drenaje percutáneo** en caso de abscesos renales (**GRADO D**)

TABLE 3. - Antibiotic Treatment for Subgroups With cUTI, Including Route, Choice and Duration

cUTI Subgroup	Route	Empirical Choice Examples/Classes	Duration (d)	Evidence Grade
Known significant urological abnormality*				
Obstruction or VUR grades 4 and 5	Initial IV then oral	Aminoglycoside OR broad-spectrum B-lactam	IV: Until afebrile/well Total: 10-14	B-D
VUR grades 1-3, other	Oral	Narrow-spectrum B-lactam	Total: 10	C-D
Multiple recurrent UTI†				
Known past resistance	IV if no oral option, else oral	Use previous susceptibility: eg, 2nd line aminoglycoside or fosfomycin	Total: 7-10	C-D
High risk of resistance	Oral	TMP/SMX or quinolone	Total: 7-10	B-D
Low risk of resistance	Oral	Narrow-spectrum B-lactam	Total: 7-10	B-D
Severe clinical presentation				
Sepsis (tachycardia when afebrile, low BP prolonged CRT and severe dehydration)	Initial IV then oral	Broad-spectrum B-lactam	IV: Until afebrile/well Total: 10-14	C-D
Extensive renal parenchymal disease (nephronia and abscess)‡	Initial IV then oral	Broad-spectrum B-lactam OR aminoglycoside	IV: Until afebrile/well Total: 14-21	B-C
Nonurological underlying conditions				
Postrenal transplant	Initial IV then oral	Broad-spectrum B-lactam	IV: Until afebrile/well Total: 14	D
Other renal impairment	Oral	Narrow-spectrum B-lactam or TMP/SMX	Total: 10	D
Nonrenal: immunocompromised	IV if FN, else oral	IV: B-lactam/B-lactamase or anti-pseudomonal B-lactam; Oral: broad-spectrum B-lactam or TMP/SMX	IV: Until afebrile/well Total: 10	B-D
Other	Oral	Narrow-spectrum B-lactam	Total: 7-10	C-D
neonates and infants <2 m				
With bacteremia	Initial IV then oral	Aminoglycoside ± narrow-spectrum penicillin	IV: ≤7 Total: 10-14	C-D
No bacteremia	Initial IV then oral	Aminoglycoside ± narrow-spectrum penicillin	IV: ≤3 Total: 10-14	C-D

*lactam indicates beta-lactam antibiotic; BP, blood pressure; CRT, capillary refill time; FN, febrile neutropenia; TMP/SMX, trimethoprim/sulfamethoxazole.

†including postsurgery/instrumentation; if urological abnormality has led to recurrent UTIs, consider broader empiric choice.

‡other cUTI group (eg, urological abnormality or severe presentation) follow appropriate recommendations.

Aminoglycosides concentrate well in the urine but have less penetration into renal parenchyma due to their hydrophilic nature, so choice depends on pathogen and initial progress.

Tratamiento empírico

- Los **diferentes subgrupos de ITUc** presentan distinta prevalencia de uropatógenos y requieren una evaluación **individualizada** del riesgo de resistencia según la enfermedad subyacente, el uso previo de antibióticos y la hospitalización (**GRADOS C y D**)
- En **ITU recurrentes** pueden tratarse inicialmente basándose en cultivos previos (**GRADO D**)
- Si profilaxis, se escogerá un antibiótico diferente (**GRADO C**)
- **Monoterapia** desescalada dirigida según cultivo (**GRADO D**)

**FR para Enterobacterias
productores de BLEE**

- ITU recurrente
- RVU
- Exposición reciente a antibióticos
- Edad joven
- *Klebsiella* spp

**FR para productores de
carbapenemasas**

- Hospitalización prolongada
- Dispositivos invasivos
- Viajes a áreas endémicas

Enterobacterias
P. aeruginosa
***Enterococcus* spp.**
Staphylococcus aureus



Aminoglucósido
Cefalosporina de
amplio espectro

Moderado riesgo
de resistencia
(no BLEE)



Gentamicina
Quinolonas

Tratamiento empírico

MDR: Carbapenémicos + Amikacina, Colistina o Ceftazidima-Avibactam

P. aeruginosa:

Quinolonas orales o
aminoglucósidos IV.

Alto riesgo de resistencia (BLEE)



Si **BLEE** previamente:

- Amikacina.
- Nitrofurantoína.
- Trimetoprima-sulfametoxazol.
- Quinolonas.
- Fosfomicina.

En **inmunodeprimidos**, además de Enterobacterias y *P. aeruginosa*, otros como estafilococos coagulasa negativos, *Haemophilus influenzae* y estreptococos del grupo B

En **neonatos y lactantes <2 meses**, los patógenos comunes incluyen *E. coli*, *Klebsiella* spp., *Proteus* spp., *Enterobacter* spp., estreptococos del grupo B y *Enterococcus* spp.

- En **lactantes prematuros**, la transmisión hematógena es más prevalente, siendo estafilococos coagulasa negativos y *Candida* spp. los patógenos causantes.

Tratamiento empírico

- La mayoría de las **Enterobacterias resistentes a la gentamicina** exhiben resistencia cruzada a la tobramicina pero siguen siendo susceptibles a la amikacina.
- Los **carbapenémicos** deben evitarse ya que generan resistencia.
- **En sepsis y sin antecedentes de resistencia**, *E. coli* es el patógeno más común, seguido de *Klebsiella*, *Enterococcus*, *Proteus* y *Pseudomonas spp.*
 - Se recomiendan betalactámicos de amplio espectro, en niños moderadamente enfermos.
 - Si un niño está grave, se deben seguir las pautas de sepsis, teniendo en cuenta el riesgo individual y/o los antecedentes de resistencia y si se adquiere en el hospital.
- **En el caso de nefritis/absceso renal**, *E. coli* es el patógeno más común. Si la evolución es deficiente, se puede añadir penicilina/ampicilina para cubrir *Enterococcus spp.*, *S. aureus* (incluido SARM), *C. albicans* y *Mycobacterium tuberculosis*.
- La OMS recomienda ampicilina y gentamicina IV para **neonatos**.
- Se debe considerar la **resistencia con antecedentes maternos de antibióticos durante el embarazo**. El tratamiento se debe basar en aislamientos maternos, aunque si no se puede, la gentamicina suele ser la elección.
- Para **estancias prolongadas en UCI neonatal**, se deben considerar los patógenos hospitalarios resistentes, empleando vancomicina si está grave

Tratamiento (duración)

- 10 a 14 días (GRADO D)
 - IV entre ≤ 3 días y ≤ 7 días dependiendo del tipo de ITUc y la presencia de bacteriemia, con un cambio a oral cuando está afebril y clínicamente bien (GRADOS C y D)
 - Lactantes < 3 meses con ITU bacteriémicas IV hasta 7 días.
 - Lactantes < 3 meses ITU no bacteriémicas IV hasta 3 días.
 - Hasta 21 días en abscesos o nefritis, y se recomienda una ecografía tras 14 días para determinar la evolución y la duración final del antibiótico (GRADO B)
-
- ❖ Las duraciones más cortas (6 a 9 días) y dosis única IV muestran resultados prometedores (GRADOS C y D)
 - ❖ Una vez resuelta la sepsis (aprox día 3), la duración depende de la **bacteriemia**.
 - ❖ Estudios reflejan cómo **duraciones de 2 semanas de tratamiento han resultado efectivas**, pero asocian mas riesgo de recaída en comparación con 3 semanas de tratamiento
 - ❖ Se han demostrado ingresos más prolongados (aunque no duración más larga) para ITU con BLEE que para sin BLEE.
 - ❖ Las **resistencias no es motivo de alargar la duración del tratamiento**.

Profilaxis

- En **neonatos y lactantes <2 meses**, esto incluye con RVU de alto grado (3-5), hidronefrosis prenatal (HN), dilatación ureteral y HN en lactantes no circuncidados.
- En **niños mayores**, infecciones urinarias recurrentes múltiples, RVU de alto grado (3-5), espina bífida acompañada de RVU de alto grado y/o cateterización intermitente, disfunción de vejiga/intestino y uropatía obstructiva grave hasta la corrección quirúrgica (**GRADOS B-D**)
- **Neonatos**: amoxicilina.
- **Niño mayores**: trimetoprima-sulfametoxazol o nitrofurantoína (**GRADOS C y D**)
- **Productos de arándano** en niños mayores para aliviar la presión antibiótica (**GRADO B**)
- **3 - 6 meses** (**GRADO D**)

- ❖ **Nitrofurantoína más eficaz** para reducir la recurrencia que TMP-SMX, aunque la nitrofurantoína más efectos secundarios gastrointestinales.
- ❖ Se ha demostrado que los **productos de arándano** reducen las ITU sintomáticas en un 59%, más que el TMP-SMX.

Seguimiento y profilaxis

TABLA 4. - Seguimiento de subgrupos de ITuC con profilaxis antimicrobiana continua y estudios por imagen

Subgrupo cUTI	Recomendación para la profilaxis antibiótica continua	Imágenes de seguimiento	Nivel de evidencia
Anomalia urológica anatómica o funcional significativa	• Espina bífida con RVU de alto grado y/o CIC • RVU de alto grado (3 y 4) • Disfunción de vejiga/intestino • Uropatía obstructiva grave hasta la corrección quirúrgica	Repetir ecografía. Considere repetir la uroflujometría con MCUG y DMSA para disfunción de vejiga/intestino.	A-B
Infecciones urinarias recurrentes múltiples	>3 infecciones urinarias en 12 meses	USS Considere repetir MCUG/DMSA Considere cistoscopia	hacer
Presentación clínica grave	No de forma rutinaria (si es el primer episodio) *	USS Considere realizar más imágenes con MRI/CT/DMSA	D
Afecciones subyacentes no urológicas (p. ej., trasplante renal)	No de forma rutinaria (si es el primer episodio) *	Repetir ecografía. Considere más imágenes con resonancia magnética/TC/DMSA.	hacer
neonatos	• RVU de alto grado (3 y 4) • Hidronefrosis prenatal (HN) • Dilatación ureteral y HN • HN y sin circuncisión	USS Imágenes adicionales según patología	hacer

* Considerar si hay ≥2 episodios, en consulta con especialistas en enfermedades infecciosas pediátricas y nefrología pediátrica.

- La ecografía del tracto urinario ayuda a definir **anomalías urológicas (GRADO C)**
- La ecografía, la TAC y la RMN son útiles en el **seguimiento de un absceso renal (GRADOS C y D)**
- La ecocistografía y el DMSA para casos en los que las pruebas menos invasivas no aportan suficiente información pronóstica **(GRADO D)**

VOLVIENDO A LOS CASOS...

CASO 1

- Tratamiento **IV** con **Cefotaxima** 9 días
- Ecografía previa al alta **desaparición total** del foco de nefritis
- Al alta **Cefuroxima** oral durante 1 semanas (2 semanas en total)
- Posteriormente profilaxis con Septrin y derivación a Nefrología infantil
- Se realizó **ecocistografía sin objetivarse reflujo (UTD grado 1)**

CASO 2

- Tratamiento **IV** con **Cefotaxima** 5 días (perdió vía periférica y se completó con 2 días de Ceftriaxona IM)
- Ecografía previa al alta **leve disminución** del foco de nefritis
- Al alta **Cefixima** oral durante 2 semanas (3 semanas en total)
- Control posterior con normalización de parámetros analíticos
- Ecografía con disminución del foco de nefritis
- Se decidió **prolongar antibioterapia 1 semana más** (4 semanas en total)
- Posteriormente profilaxis con Septrin y derivación a Nefrología infantil
- Se solicitó ecocistografía con urocultivo previo.

CONCLUSIONES

La ITU es **frecuente** y puede asociarse a **complicaciones graves**, incluido daño renal permanente

La identificación de ITU complicada o atípica es clave para optimizar el manejo diagnóstico y terapéutico

Los **lactantes** constituyen un grupo de alto riesgo y suelen requerir tratamiento antibiótico intravenoso



El tratamiento antibiótico debe **individualizarse** según la edad, la gravedad clínica, la presencia de bacteriemia, las anomalías urológicas y los antecedentes de resistencias

La profilaxis antibiótica está indicada solo en grupos seleccionados de riesgo, y debe reevaluarse periódicamente para minimizar efectos adversos y disminuir resistencias

Un **adecuado seguimiento** tras el episodio agudo permite detectar anomalías urológicas subyacentes y prevenir recurrencias y secuelas renal.

Los casos clínicos presentados ilustran la importancia de un manejo precoz, individualizado, basado en la evolución clínica y los hallazgos de imagen

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Bryant PA, Bitsori M, Vardaki K, Vaezipour N, Khan M, Buettcher M, et al. Guidelines for Complicated Urinary Tract Infections in Children: A Review by the European Society for Pediatric Infectious Diseases. *Pediatr Infect Dis J*. 2025 Jun 1;44(6):e211-e223. doi:10.1097/INF.0000000000004790. PMID: 40106750.
- ❖ Lucas García J, Oltra Benavent M, Ferrando Monleón S, Marín Sierra J, Rabasco Álvarez MD, Benito Julve P; Grupo de Trabajo para el estudio nefritis focal aguda (NFA). Marcadores predictivos de nefritis focal bacteriana aguda. Estudio multicéntrico casos-control. *An Pediatr (Barc)*. 2020;93(2):77–83. doi:10.1016/j.anpedi.2020.01.018.
- ❖ Ares Álvarez J, García Vera C, González Rodríguez JD. Infección del tracto urinario (ITU). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [Internet].
- ❖ Cheng CH, Tsau YK, Lin TY. Effective duration of antimicrobial therapy for the treatment of acute lobar nephronia. *Pediatrics*. 2006;117(1):e84–e89. doi:10.1542/peds.2005-0917.
- ❖ Selekman RE, Shapiro DJ, Boscardin J, Williams G, Craig JC, Brandström P, Pennesi M, Roussey-Kesler G, Hari P, Copp HL. Uropathogen resistance and antibiotic prophylaxis: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2018 Jul;142(1):e20180119. doi:10.1542/peds.2018-0119. PMID:29954832.
- ❖ Schroeder AR, Shen MW, Biondi EA, Bendel-Stenzel M, Chen CN, French J, et al. Bacteraemic urinary tract infection: management and outcomes in young infants. *Arch Dis Child*. 2016 Feb;101(2):125–130. doi:10.1136/archdischild-2014-307997. PMID:26177

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL MANEJO DE LA ITU COMPLICADA EN PEDIATRÍA: *A PROPÓSITO DE DOS CASOS*

Carlos Torrá Rodríguez (R1)
carlostorra99@gmail.com