

Informe de caso

Endoftalmitis endógena secundaria a diseminación sistémica por pie diabético

DOI: 10.5377/alerta.v9i2.22357

Javier Isaac Molina Velásquez^{1*}, Francisco José Castro Canjura², Eliezer Asael Romero Vanegas³, Pablo Arcidío Ariel Ortiz Romero⁴, Susana Patricia Erazo Salas⁵

1-4. Hospital Regional San Miguel. Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), San Miguel, El Salvador.
5. Hospital Amatepec, Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), San Salvador, El Salvador.

*Correspondencia

✉ javier_molina100@hotmail.com

1. 0000-0002-0520-2707
2. 0009-0002-1812-5672
3. 0009-0006-3620-4111
4. 0009-0006-6265-0641
5. 0000-0002-1179-0875



ACCESO ABIERTO

Endogenous endophthalmitis secondary to hematogenous dissemination from a diabetic foot

Citación recomendada:

Molina Velásquez JI, Castro Canjura FJ, Romero Vanegas EA, Ortiz Romero PAA, Erazo Salas SP. Endoftalmitis endógena secundaria a diseminación sistémica por pie diabético. *Alerta*. 2026;9(2):84-90
DOI: 10.5377/alerta.v9i2.22357

Editora:

Nadia Rodríguez.

Recibido:

16 de mayo de 2025.

Aceptado:

27 de enero de 2026.

Publicado:

30 de abril de 2026.

Contribución de autoría:

JIMV¹: diseño del manuscrito, búsqueda bibliográfica. JIMV¹, FJCC²: análisis de los datos. JIMV¹, SPES³: manejo de datos o software, redacción, revisión y edición. FJCC², EAV³, PAAOR⁴: recolección de datos. JIMV¹, FJCC², EAV³, PAAOR⁴, SPES³: concepción del estudio.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Resumen

Presentación del caso. Mujer con antecedentes de diabetes *mellitus* de control irregular, quien consultó en emergencia debido a cambios de coloración y secreción en el pie izquierdo, junto a síntomas sistémicos como vómito y fiebre. Durante la evaluación física se evidenciaron signos de infección severa en el muñón del miembro inferior izquierdo, previamente amputado; adicionalmente, el examen del ojo derecho reveló hallazgos sugestivos de endoftalmitis. Estudios radiológicos revelaron gas subcutáneo y osteólisis en los metatarsianos. Se inició tratamiento antibiótico empírico y manejo metabólico. **Intervención terapéutica.** Durante la hospitalización, la paciente requirió drenaje de un absceso en el pie izquierdo y, posteriormente, amputación infracondílea del miembro inferior izquierdo por la progresión de la infección. A nivel ocular, presentó ceguera y signos inflamatorios severos; una Tomografía Axial Computarizada de órbita confirmó endoftalmitis endógena, tratada mediante evisceración del globo ocular derecho. **Evolución clínica.** En el posquirúrgico inmediato, la paciente presentó una evolución favorable, sin signos de infección activa en los sitios quirúrgicos. Los cultivos microbiológicos del pie y del ojo identificaron *Streptococcus agalactiae* como agente etiológico. Este caso subraya la importancia del diagnóstico precoz, la intervención quirúrgica oportuna y la atención multidisciplinaria para prevenir complicaciones fatales en pacientes diabéticos inmunocomprometidos.

Palabras clave

Endoftalmitis, Diabetes *Mellitus*, Pie diabético, Amputación Quirúrgica.

Abstract

Case presentation. A woman with a history of poorly controlled diabetes *mellitus* presented to the emergency department due to changes in skin color and discharge from her left foot, along with systemic symptoms such as vomiting and fever. During the physical examination, signs of severe infection were evident in the stump of the previously amputated left lower limb; additionally, examination of the right eye revealed findings suggestive of endophthalmitis. Radiological studies revealed subcutaneous gas and osteolysis in the metatarsals. Empirical antibiotic therapy and metabolic management were initiated. **Treatment.** During hospitalization, the patient required drainage of an abscess in the left foot and, subsequently, infracondylar amputation of the left lower limb due to the progression of the infection. Ocularly, she presented with blindness and severe inflammatory signs; a computed tomography scan of the orbit confirmed endogenous endophthalmitis, which was treated by evisceration of the right eyeball. **Outcome.** In the immediate postoperative period, the patient had a favorable course, with no signs of active infection at the surgical sites. Microbiological cultures from the foot and eye identified *Streptococcus agalactiae* as the causative agent. This case underscores the importance of early diagnosis, timely surgical intervention, and multidisciplinary care to prevent fatal complications in immunocompromised diabetic patients.

Keywords

Endophthalmitis, Diabetes *Mellitus*, Diabetic Foot, Amputation, Surgical.

Introducción

La endoftalmitis se define como una inflamación severa de los tejidos y fluidos oculares provocada por una infección bacteriana o fúngica¹. Esta condición puede amenazar gravemente la visión si no se diagnostica y trata oportunamente. Se clasifica en dos formas principales: exógena

y endógena². La forma exógena es la más frecuente y se origina por la entrada directa del patógeno al ojo, generalmente tras una cirugía ocular, un traumatismo penetrante o la extensión de una infección adyacente¹. En cambio, la forma endógena es menos común pero más grave, y ocurre por diseminación hematológica desde un foco infeccioso sistémico².

La endoftalmitis endógena presenta una baja prevalencia, estimada entre el 2 % y el 8 % del total de los casos³. No obstante, puede presentar compromiso bilateral en hasta el 20 % de los pacientes². Los agentes etiológicos dependen de la región geográfica: en Asia, *Klebsiella pneumoniae* es una causa común, que con frecuencia se asocia con abscesos hepáticos y diabetes⁴; en Norteamérica y Europa, predominan *Streptococcus* spp¹. En contextos hospitalarios, *Staphylococcus aureus* y especies de *Candida* son agentes frecuentes⁵.

Clínicamente, la endoftalmitis endógena puede confundirse con otras enfermedades inflamatorias oculares, como la uveítis³. La diversidad en la presentación clínica dificulta el diagnóstico de la endoftalmitis, que puede retrasarse hasta en un tercio de los casos⁶. La retina es especialmente vulnerable debido a su limitada capacidad de regeneración². Añadido al daño directo por patógenos, la inflamación y la isquemia contribuyen al deterioro visual¹. La identificación de la fuente primaria de la infección es fundamental para un tratamiento efectivo².

Los factores predisponentes para la endoftalmitis endógena incluyen la inmunosupresión, la diabetes *mellitus*, infecciones sistémicas como la endocarditis infecciosa⁷ y hospitalizaciones prolongadas³. La diseminación hematológica permite que los microorganismos colonicen el ojo, donde se replican y desencadenan una respuesta inflamatoria². La septicemia puede causar endoftalmitis o panoftalmitis, e incluso celulitis orbitaria hematológica, aunque esta última es más rara⁸.

El tratamiento exitoso depende de la rápida identificación del agente causal y el inicio inmediato de la terapia antimicrobiana¹. El tratamiento puede incluir inyecciones intravítreas de antibióticos o antifúngicos y, en algunos casos, vitrectomía². Además de eliminar el patógeno, es esencial controlar la inflamación para evitar daños adicionales⁹. En infecciones por *Candida*, especialmente en el contexto de la pandemia de COVID-19, se ha observado un aumento en la incidencia, probablemente por inmunosupresión inducida por la enfermedad y sus tratamientos¹⁰.

Presentación del caso

Se presenta el caso de una mujer con antecedentes de diabetes *mellitus*, quien llevaba un tratamiento irregular con metformina 850 mg cada 12 horas. La paciente desarrolló pie diabético cuatro años atrás, que fue manejado mediante amputación del cuarto y quinto dedo del pie izquierdo. Consultó en la Unidad de Emergencia con un mes de evolución de cambios de coloración y salida de secreción en el pie izquierdo; además, tres días antes de la consulta inició con vómitos, cefalea, febrícula, poliuria y malestar general. Al examen físico, en el ojo derecho se observó ptosis palpebral, eritema conjuntival y fibrina en la cámara anterior, la cual cubría el iris y la pupila (Figura 1A). En el sitio de amputación previa, del pie izquierdo, se detectó edema, eritema, necrosis localizada en el borde lateral y salida de secreción purulenta (Figura 1B).

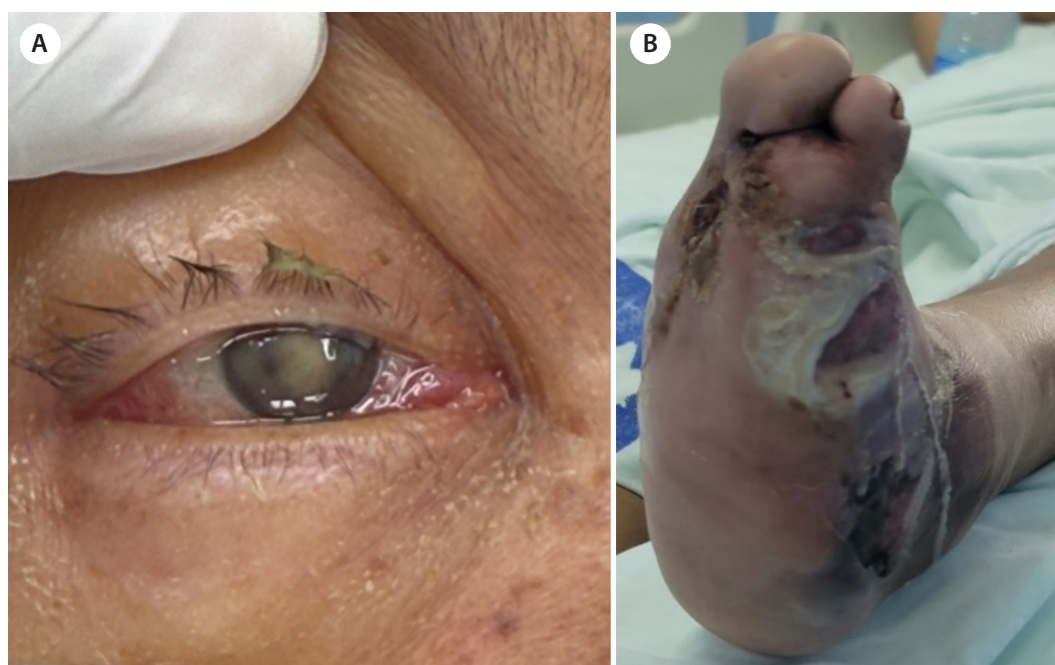


Figura 1. (A) Ojo derecho con eritema conjuntival y presencia de fibrina en cámara anterior que cubre el iris y la pupila. (B) Pie izquierdo, en sitios previos de amputación, con edema, eritema, necrosis localizada en borde lateral y salida de secreción purulenta.

La paciente fue ingresada en el Servicio de Cirugía General, inició tratamiento antibiótico con ceftriaxona 2 g intravenosa (IV) diario, clindamicina 900 mg IV cada ocho horas, ketorolaco 30 mg IV cada ocho horas y enoxaparina 40 U subcutáneo (SC) diario. Además, el equipo de medicina interna indicó tratamiento con insulina regular ajustada a niveles de glicemia. Se le realizaron exámenes de laboratorio, en donde se reportó leucocitosis con neutrofilia, acompañada de hiperglicemia (Tabla 1). En las radiografías anteroposterior y lateral del pie izquierdo se observó gas subcutáneo, lisis de la cabeza de todos los metatarsianos, y afectación del tercio proximal de la primera, segunda y tercera falanges proximales (Figura 2A).

Intervención terapéutica

Durante el segundo día de estancia hospitalaria, se evidenció un absceso fluctuante en la región dorsal del pie izquierdo. Se drenó y se observó abundante secreción purulenta y lisis del cuarto y quinto metatarsiano. Al cuarto día, se observó exposición ósea del quinto metatarsiano izquierdo, por lo que fue evaluada por Ortopedia, que indicó amputación infracondílea del miembro inferior izquierdo. Durante la cirugía, se constató gas subcutáneo hasta el tobillo y cambios osteolíticos extensos en los metatarsianos y falanges proximales de los dedos cuarto y quinto.

Posteriormente, la paciente presentó disminución marcada de la visión en el ojo derecho, ptosis, secreción purulenta y edema palpebral. En la Tomografía

Axial Computarizada de órbita se observó una imagen ecogénica densa que corresponde con infiltrado vítreo importante (Figura 2B), posteriormente evaluada por oftalmología, y se diagnostica una endoftalmitis endógena. Se realizó evisceración del globo ocular derecho y se enviaron muestras para cultivo al laboratorio de microbiología (Figura 3A).

Evolución clínica

En el postoperatorio inmediato, se realizó el cambio de antibiótico, a cefalotina 1 g IV cada seis horas y metronidazol 500 mg IV cada ocho horas de manera empírica, sin resultado de los cultivos. se le agregó tramadol 100 mg IV cada ocho horas y enoxaparina 40 U SC diaria, observándose una mejoría clínica significativa en el leucograma. La herida operatoria de la amputación infracondílea izquierda y la cavidad orbitaria derecha evolucionaron de forma favorable, sin signos de secreción (Figura 3B). Los cultivos de secreción del pie izquierdo y del globo ocular derecho reportaron crecimiento de *Streptococcus agalactiae*, sensible a todos los antibióticos (Figura 4A y Figura 4B).

Diagnóstico clínico

Con base en los hallazgos de examen físico, estudios de imagen y microbiológico, se estableció el diagnóstico de endoftalmitis endógena secundaria a diseminación hematógena desde un foco infeccioso en pie diabético.

Tabla 1. Reporte de exámenes de laboratorio

Examen de laboratorio	Días			
	1	5	9	11
Leucocitos /mm ³	21 200	26 600	14 000	8 300
Neutrófilos %	76,6	84,4	71,7	66,6
Hemoglobina g/dL	10,1	6,1	8,5	8,9
Hematocrito %	33,3	19,5	27,4	28,6
Plaquetas /μL	488 000	429 000	397 000	382 000
Glucosa mg/dL	533	217	138	164
Nitrógeno ureico mg/dL	18,1	13,3	6,6	8,3
Creatinina mg/dL	1,45	0,94	0,81	0,78
Sodio mEq/L	127,6	130,4	136,1	134,4
Potasio mEq/L	5,3	5,4	4,4	4,4
Cloro mEq/L	79,1	91,3	80,7	80,7

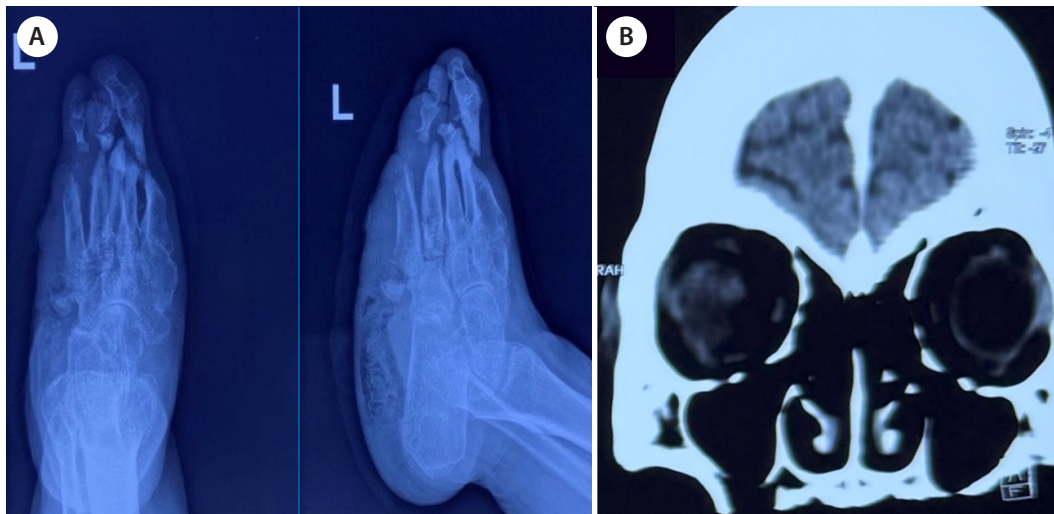


Figura 2. (A) Rayos X anteroposterior y lateral del pie izquierdo, con presencia de gas subcutáneo y lisis de la cabeza de todos los metatarsianos, y del tercio proximal del primer, segundo y tercer falange proximal. (B) Corte coronal de TC de la órbita, en donde se observa una imagen ecogénica densa que corresponde con infiltrado vítreo importante.

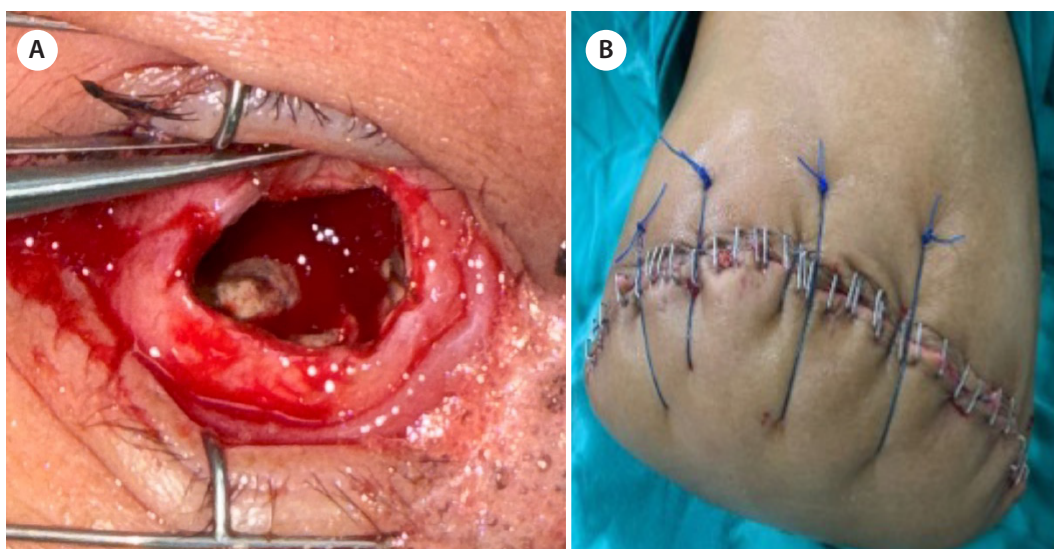


Figura 3. (A) Aspecto del globo ocular derecho en el proceso de evisceración. (B) Herida operatoria de la amputación infracondílea derecha limpia, sin salida de secreción.

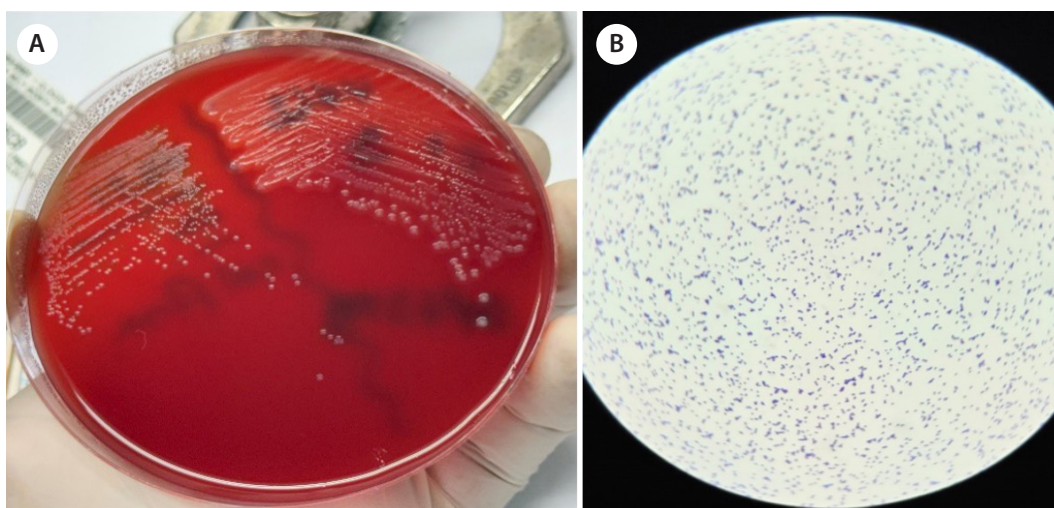


Figura 4. (A) Placa de Petri con agar sangre, donde se observa crecimiento de *Streptococcus agalactiae*. (B) Imagen microscópica de *Streptococcus agalactiae*.

Discusión

La endoftalmitis endógena es una infección intraocular grave causada por la diseminación hematológica de microorganismos desde un foco sistémico primario². Aunque su incidencia es relativamente baja en comparación con la endoftalmitis exógena³, su impacto en la función visual y en la calidad de vida del paciente puede ser severo¹. Los principales factores predisponentes incluyen enfermedades metabólicas crónicas como la diabetes *mellitus*, la insuficiencia renal, neoplasias malignas y estados de inmunosupresión⁷.

Durante la pandemia de COVID-19, se reportó un aumento en los casos de endoftalmitis endógena, principalmente asociados al uso de esteroides sistémicos en pacientes hospitalizados¹⁰, lo cual incrementó el riesgo de infecciones fúngicas y bacterianas oportunistas⁵. Este cambio en la epidemiología resalta la importancia de mantener un umbral bajo para el cribado ocular en pacientes con factores de riesgo sistémico¹⁰. A ello se suma la prolongada estancia hospitalaria, el uso de dispositivos invasivos, y la exposición a múltiples antibióticos de amplio espectro, que alteran la microbiota del huésped y favorecen la colonización por patógenos oportunistas.

La etiología de la endoftalmitis endógena es diversa: *Streptococcus pneumoniae* y *Staphylococcus aureus* representan los principales agentes grampositivos aislados¹, mientras que *Klebsiella pneumoniae* es el bacilo gramnegativo más frecuente, especialmente en pacientes asiáticos⁴. En infecciones micóticas, *Candida* spp. es el patógeno predominante⁵. La aparición de *Streptococcus mitis* como causa de endoftalmitis es rara, pero debe considerarse en pacientes con antecedentes de procedimientos dentales recientes¹¹ o infecciones respiratorias¹². Estos hallazgos refuerzan la necesidad de integrar evaluaciones odontológicas y neumológicas cuando se sospecha un foco infeccioso atípico.

Desde el punto de vista clínico, la presentación inicial de la enfermedad puede ser sutil, con síntomas como dolor ocular, disminución progresiva de la visión y fiebre⁶. Sin embargo, en algunos casos, los síntomas sistémicos pueden estar enmascarados por el uso de analgésicos o antiinflamatorios de venta libre³. Esta situación subraya la necesidad de una evaluación oftalmológica temprana en pacientes sépticos o inmunocomprometidos⁷. El diagnóstico temprano favorece el control de la infección y preservar una visión útil, además de evitar que la infección se propague más allá de los

tejidos oculares a través del nervio óptico, como por ejemplo al seno cavernoso^{2,6}.

La endoftalmitis endógena, puede originarse a partir de fuentes infecciosas inusuales, como lo evidencian recientes reportes de casos. Carbonaro *et al.*, describieron una endoftalmitis secundaria a carcinoma basocelular infectado, lo que evió que neoplasias cutáneas pueden actuar como focos hematógenos ocultos¹³. Por otro lado, Singh *et al.* muestran cómo agentes fúngicos raros, como *Cladosporium* spp., pueden simular enfermedades inflamatorias más comunes como la toxoplasmosis, lo que puede retrasar el diagnóstico correcto¹⁴. Finalmente, Braga *et al.*, reportaron una endoftalmitis por *Escherichia coli* tras bacteriemia secundaria a infección urinaria, y destacaron la importancia de una vigilancia oftalmológica en pacientes sépticos¹⁵. Los casos secundarios a pie diabético no son tan frecuentes; estos reflejan la necesidad de mantener un alto índice de sospecha clínica y realizar un enfoque diagnóstico amplio en presencia de infecciones sistémicas atípicas para preservar la visión y mejorar los desenlaces.

El tratamiento estándar incluye la administración intravítrea de antibióticos de amplio espectro, comúnmente vancomicina en combinación con ceftazidima¹, junto con antibióticos sistémicos dirigidos según los resultados de cultivos y antibiogramas². En casos de infección severa o mala respuesta inicial, la vitrectomía pars plana se considera necesaria y mejora significativamente los resultados visuales³. No obstante, el pronóstico visual sigue siendo reservado, con estudios que reportan que solo el 41 % de los pacientes logra una visión igual o superior a 20/2001, mientras que aproximadamente el 19 % de los casos requiere enucleación o evisceración². En el caso de la paciente estudiada, hubo disminución marcada de la visión, y debido a la gravedad del proceso infeccioso y el compromiso vítreo significativo, a pesar de la administración IV de antibióticos, se decidió realizar la evisceración.

El uso de corticosteroides vía oral y tópica como coadyuvantes en el tratamiento sigue siendo controvertido⁹. Aunque podrían modular la respuesta inflamatoria intraocular y reducir el daño tisular, su efecto inmunosupresor puede agravar infecciones sistémicas concomitantes, incluyendo complicaciones como la pseudoartrosis en casos de infección ósea¹⁶.

La endoftalmitis endógena, aunque infrecuente, representa una amenaza significativa para la integridad ocular y la vida del paciente debido a su rápida progresión y alta morbilidad visual. Este caso clínico resalta la

importancia de considerar focos sistémicos atípicos, como el pie diabético infectado, como potenciales fuentes de diseminación hematógena. El diagnóstico temprano, el tratamiento inmediato con antibióticos intravítreos y sistémicos, y la vitrectomía son esenciales para preservar la agudeza visual en pacientes con endoftalmitis endógena. Sin embargo, a pesar de estas intervenciones, la evolución visual sigue siendo deficiente en muchos casos; y procedimientos quirúrgicos como la evisceración, son esenciales para controlar la infección y prevenir complicaciones fatales. Además, el aislamiento de *Streptococcus agalactiae* en ambos focos infecciosos subraya la necesidad de realizar cultivos microbiológicos adecuados.

Los pacientes requieren un seguimiento adecuado y cuidados de soporte por parte de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, incluyendo oftalmólogos, infectólogos y médicos de atención primaria, para minimizar el impacto de la discapacidad visual en su calidad de vida. Finalmente, este caso enfatiza la importancia de la vigilancia estrecha en pacientes inmunocomprometidos para evitar secuelas devastadoras como la pérdida irreversible de la visión y la necesidad de amputaciones mayores.

Las siguientes líneas de investigación deben centrarse en mejorar los métodos de detección precoz, definir el papel de la terapia con corticoides sistémica y tópica, además de estudiar la utilidad del tratamiento antifúngico empírico en pacientes inmunocomprometidos. Se recomienda evaluar la implementación de protocolos de cribado oftalmológico en pacientes con sepsis, diabetes mal controlada o exposición prolongada a esteroides sistémicos. Existen muchos casos de enfermedades infecciosas, en los cuales se han indicado antibióticos de manera empírica, obteniéndose resultados satisfactorios. El presente caso evidencia la importancia de una adecuada decisión quirúrgica, combinada con una buena antibioticoterapia, ya que conlleva hacia una excelente disminución del proceso infeccioso del paciente. En El Salvador, no se encontraron, al momento, publicaciones sobre endoftalmitis endógena secundaria a pie diabético, por lo que se sugiere más investigación acerca del tema.

Aspectos éticos

Para la publicación de este artículo se obtuvo el consentimiento informado del paciente, con el compromiso de mantener su privacidad, según lo establecido en la declaración de Helsinki.

Agradecimiento

A cada uno de los médicos del Servicio de Cirugía General por su ayuda técnica, ya que han contribuido a la investigación en este centro hospitalario.

Financiamiento

No hubo fuentes de financiamiento.

Referencias bibliográficas

1. Chua WJ, P Radhakrishnan A, Yusof WM, Chang CY. Bilateral Endogenous Endophthalmitis Secondary to *Streptococcus pneumoniae*: An Uncommon but Devastating Complication. *Cureus*. 2023;15(4):e37655. DOI: [10.7759/cureus.37655](https://doi.org/10.7759/cureus.37655).
2. Gajdzis M, Figura K, Kamińska J, Kaczmarek R. Endogenous Endophthalmitis-The Clinical Significance of the Primary Source of Infection. *J Clin Med*. 2022;11(5):1183. DOI: [10.3390/jcm11051183](https://doi.org/10.3390/jcm11051183).
3. Alias NAQ, Abu-Bakar MF, Rosli AH, Jabbari AJ. A Retrospective Review of Endogenous Endophthalmitis: Three Years of Experience at Sultan Ahmad Shah Medical Centre at International Islamic University Malaysia. *Cureus*. 2024;16(6):e63175. DOI: [10.7759/cureus.63175](https://doi.org/10.7759/cureus.63175).
4. Ren C, Li Z, Meng F, Du Y, Sun H, Guo B. Endogenous endophthalmitis caused by urinary tract infection: A case report. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(46):e36139. DOI: [10.1097/MD.00000000000036139](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000036139).
5. Siddiqui MZ, Gebhard GM, Ahmad KT, Sallam AB, Rosenbaum ER, Uwaydat SH. Incidence of chorioretinitis and endophthalmitis in hospitalized patients with fungemia. *Eye (Lond)*. 2022 Jan;36(1):206-208. DOI: [10.1038/s41433-021-01477-2](https://doi.org/10.1038/s41433-021-01477-2).
6. Xu-Yuan T, Hui-Yan L. A rare ocular complication of septicemia: a case series report and literature review. *BMC Infect Dis*. 2023;23(1):522. DOI: [10.1186/s12879-023-08489-1](https://doi.org/10.1186/s12879-023-08489-1).
7. Choukrani H, Maaroufi A, Ould Mohamed Sidi B, Bennouna MG, Drighil A, Habbal R. Infective endocarditis secondary to coagulase-negative staphylococcus revealed by endogenous endophthalmitis: Case report. *Ann Med Surg (Lond)*. 2021;70:102788. DOI: [10.1016/j.amsu.2021.102788](https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102788).
8. Sharma U, Goel I, Chhabra S, Gupta SK, Gupta G. Fulminant Orbital Cellulitis-A Rare Presentation of Endogenous Endophthalmitis. *Nepal J Ophthalmol*.

- 2023;15(30):84-88. DOI: [10.3126/nepjoph.v15i2.48720](https://doi.org/10.3126/nepjoph.v15i2.48720).
9. Petraitiene R, Petraitis V, Maung BBW, Mansbach RS, Hodges MR, Finkelman MA, *et al.* Efficacy and Pharmacokinetics of Fosmanogepix (APX001) in the Treatment of Candida Endophthalmitis and Hematogenous Meningoencephalitis in Nonneutropenic Rabbits. *Antimicrob Agents Chemother.* 2021;65(3):e01795-20. DOI: [10.1128/AAC.01795-20](https://doi.org/10.1128/AAC.01795-20).
 10. Alshehri AM. Endogenous Endophthalmitis Associated With COVID-19: A Systematic Review on Its Incidence, Risk Factors, Causative Organisms, and Prognosis. *Cureus.* 2024;16(9):e70523. DOI: [10.7759/cureus.70523](https://doi.org/10.7759/cureus.70523).
 11. Alzuabi A, Alrashed S, Aldahmash S. Bilateral Endogenous *Streptococcus mitis* Endophthalmitis Following Dental Implant: A Case Report and Literature Review. *Ann Afr Med.* 2024 Nov 8;24(1):202-5. DOI: [10.4103/aam.aam_121_24](https://doi.org/10.4103/aam.aam_121_24).
 12. Nakayama S, Itagaki H, Abe Y, Matumura N, Endo T. Endogenous endophthalmitis caused by *Streptococcus mitis*: A case report. *Medicine (Baltimore).* 2024;103(30):e39096. DOI: [10.1097/MD.00000000000039096](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000039096).
 13. Carbonaro R, Menean M, Cottone G, Alessandri Bonetti M, Vaienti L, Misericocchi E, *et al.* Endogenous Endophthalmitis Secondary to Infected Cutaneous Basal Cell Carcinoma: A Case Report. *Ocul Immunol Inflamm.* 2024;32(3):355-357. DOI: [10.1080/09273948.2023.2165951](https://doi.org/10.1080/09273948.2023.2165951).
 14. Singh P, Madhuravasal Krishnan J, Kumar A, Roy R, Biswas J. Cladosporium Endogenous Endophthalmitis Mimicking Toxoplasma Retinochoroiditis. *Ocul Immunol Inflamm.* 2021;29(3):607-608. DOI: [10.1080/09273948.2019.1691239](https://doi.org/10.1080/09273948.2019.1691239).
 15. Braga JPR, Bellanda VCF, Lucena MM, Reis FV, Jorge R. Endogenous endophthalmitis due to *Escherichia coli*: a case report. *Arq Bras Oftalmol.* 2024;87(4):e2023. DOI: [10.5935/0004-2749.2023-0066](https://doi.org/10.5935/0004-2749.2023-0066).
 16. Stephens A, Sivapathasuntharam C, James HK. Monocular loss of vision following an open tibial fracture: a case of *Enterococcus casseliflavus* endogenous endophthalmitis. *BMJ Case Rep.* 2021;14(4):e241292. DOI: [10.1136/bcr-2020-241292](https://doi.org/10.1136/bcr-2020-241292).