

Factores clínicos y reproductivos asociados a la presencia de pólipos cervicales en mujeres adultas: revisión sistemática de la literatura, 2019–2025

Clinical and reproductive factors associated with the presence of cervical polyps in adult women: a systematic review of the literature, 2019–2025

Fattori clinici e riproduttivi associati alla presenza di polipi cervicali nelle donne adulte: revisione sistematica della letteratura, 2019–2025

Encalada Campos Grecia Elizabeth
gencaladac@unemi.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-4550-0063>

Salcedo Moncada Diva Valeska
dsalcedom@unemi.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0000-3369-6073>

Laje Macias Natasha Viviana
nlajem@unemi.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0007-8882-2170>

Noboa Murillo Melanie Alexandra
mnoboam2@unemi.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0000-0423-0311>

Garces Saldaña Dallyana Joyce
dgarcess@unemi.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0009-2654-6996>

Correspondencia: gencaladac@unemi.edu.ec

Artículo de Investigación

* **Recibido:** 21 de julio de 2026 * **Aceptado:** 23 de agosto de 2026 * **Publicado:** 04 de septiembre de 2026

- I. Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), Milagro, Ecuador.
- II. Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), Milagro, Ecuador.
- III. Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), Milagro, Ecuador.
- IV. Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), Milagro, Ecuador.
- V. Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), Milagro, Ecuador.

Resumen

Los pólipos cervicales son protrusiones generalmente benignas del epitelio endocervical que pueden hallarse de forma incidental o acompañarse de sangrado y secreción genital; sin embargo, los factores vinculados con su presencia se han estudiado de manera menos consistente que su manejo o histopatología. El objetivo fue analizar los factores clínicos y reproductivos asociados con la presencia de pólipos cervicales en mujeres adultas según publicaciones de 2019–2025. Se realizó una revisión sistemática con reporte conforme a PRISMA 2020. La identificación principal se efectuó mediante una exportación estructurada de Dimensions y la verificación bibliográfica mediante PubMed/MEDLINE, PubMed Central y sitios editoriales. De 500 registros, 60 fueron evaluados como potencialmente pertinentes y 6 estudios primarios integraron la síntesis cualitativa. La evidencia directa indicó asociaciones no ajustadas entre pólipos cervicales y cervicitis, adenomiosis, quistes paraováricos y miomas en una población quirúrgica; en un cohorte de embarazadas, mayor edad y antecedentes de aborto tardío o parto pretérmino fueron más frecuentes entre quienes presentaban pólipos, mientras la multiparidad no mostró asociación. La gravidez elevada se describió con frecuencia en otro estudio, pero sin grupo comparador. La evidencia sobre menopausia, VPH, obesidad, hipertensión, diabetes y exposición hormonal fue insuficiente para establecer asociación independiente. Ningún estudio incluido identificó predictores independientes de la presencia mediante modelos multivariados. En conjunto, la evidencia es limitada y heterogénea, por lo que las asociaciones deben interpretarse como señales clínicas, no como relaciones causales.

Palabras clave: Pólipos del cuello uterino; Cuello del útero; Factores de riesgo; Salud reproductiva; Ginecología.

Abstract

Cervical polyps are generally benign protrusions of the endocervical epithelium that may be detected incidentally or present with genital bleeding and discharge; however, factors associated with their presence have been studied less consistently than management or histopathology. The objective was to analyze clinical and reproductive factors associated with the presence of cervical polyps in adult women according to publications from 2019–2025. A systematic review was conducted and reported in accordance with PRISMA 2020. Primary identification used a structured Dimensions export, with bibliographic verification through PubMed/MEDLINE, PubMed Central,

and publisher websites. Of 500 records, 60 were assessed as potentially relevant and 6 primary studies entered the qualitative synthesis. Direct evidence showed unadjusted associations between cervical polyps and cervicitis, adenomyosis, paraovarian cysts, and fibroids in a surgical population; in a pregnancy cohort, older age and histories of late miscarriage or preterm birth were more frequent among women with polyps, whereas multiparity was not associated. High gravidity was frequently described in another study but without a comparison group. Evidence for menopause, HPV, obesity, hypertension, diabetes, and hormonal exposure was insufficient to establish independent associations. No included study identified independent predictors of polyp presence through multivariable models. Overall, the evidence is limited and heterogeneous; therefore, observed associations should be interpreted as clinical signals rather than causal relationships.

Keywords: Uterine Cervical Polyps; Cervix Uteri; Risk Factors; Reproductive Health; Gynecology.

Riassunto

I polipi cervicali sono protrusioni generalmente benigne dell'epitelio endocervicale che possono essere riscontrate incidentalmente o manifestarsi con sanguinamento e secrezioni genitali; tuttavia, i fattori associati alla loro presenza sono stati studiati in modo meno coerente rispetto alla gestione o all'istopatologia. L'obiettivo è stato analizzare i fattori clinici e riproduttivi associati alla presenza di polipi cervicali nelle donne adulte secondo le pubblicazioni del 2019–2025. È stata condotta una revisione sistematica riportata secondo PRISMA 2020. L'identificazione primaria ha utilizzato un'esportazione strutturata da Dimensions, con verifica bibliografica tramite PubMed/MEDLINE, PubMed Central e siti degli editori. Dei 500 record, 60 sono stati valutati come potenzialmente pertinenti e 6 studi primari sono stati inclusi nella sintesi qualitativa. L'evidenza diretta ha mostrato associazioni non aggiustate tra polipi cervicali e cervicite, adenomiosi, cisti paraovariche e fibromi in una popolazione chirurgica; in una coorte di gestanti, età maggiore e precedenti di aborto tardivo o parto pretermine erano più frequenti nelle donne con polipi, mentre la multiparità non risultava associata. Un'elevata gravidit   è stata descritta frequentemente in un altro studio, ma senza gruppo di confronto. Le evidenze su menopausa, HPV, obesit  , ipertensione, diabete ed esposizione ormonale erano insufficienti per stabilire associazioni indipendenti. Nessuno studio incluso ha identificato predittori indipendenti della presenza

mediante modelli multivariati. Nel complesso, l'evidenza è limitata ed eterogenea; le associazioni osservate devono quindi essere interpretate come segnali clinici e non come relazioni causali.

Parole chiave: Polipi della cervice uterina; Cervice uterina; Fattori di rischio; Salute riproduttiva; Ginecologia.

Introducción

El cuello uterino constituye la porción inferior del útero y está revestido por epitelio escamoso en el ectocérnix y epitelio glandular en el canal endocervical. Los pólipos cervicales con frecuencia de origen endocervical son protrusiones polipoides que emergen de la mucosa cervical y, en la mayoría de las series, presentan comportamiento benigno. Su denominación no debe confundirse con la de los pólipos endometriales, que se originan en la cavidad uterina y poseen un perfil epidemiológico y biológico distinto. Tampoco son equivalentes a leiomiomas cervicales, quistes de Naboth, cervicitis, lesiones intraepiteliales o neoplasias malignas del cuello uterino, aunque estas entidades pueden coexistir o entrar en el diagnóstico diferencial. Muchos pólipos son asintomáticos y se detectan durante el examen con espéculo o el tamizaje cervical; cuando producen manifestaciones, las más descritas son sangrado intermenstrual, sangrado poscoital, sangrado posmenopáusico y secreción vaginal (Budak & Kanmaz, 2019; Baker et al., 2025). Series histopatológicas previas corroboran que la malignidad dentro de un pólipo cervical es infrecuente, aunque la evaluación clínica debe considerar citología, VPH, edad, síntomas y aspecto de la lesión antes de asumir benignidad (Berzolla et al., 2007; MacKenzie et al., 2009; Levy et al., 2016).

La frecuencia comunicada de pólipos cervicales varía según la población, el contexto asistencial y el método de identificación. En un estudio hospitalario de Afganistán se diagnosticaron 50 casos entre 3.730 ingresos ginecológicos, equivalente a 1,34 %, mientras que en una población quirúrgica griega se documentaron pólipos cervicales histológicamente confirmados en 343 de 3.490 mujeres (9,9 %), cifras que no son directamente comparables por sus diferentes marcos muestrales (Yousofzai et al., 2024; Sidera et al., 2025). En una cohorte nacional restringida a mujeres con VPH de alto riesgo, 243 de 3.499 presentaron pólipos endocervicales (6,9 %), pero ese valor corresponde exclusivamente a una subpoblación hrVPH-positiva y no constituye prevalencia poblacional general (Kucukyildiz et al., 2022). La edad también debe interpretarse con cautela: estudios históricos han mostrado distribución amplia desde la adultez joven hasta edades avanzadas, con diferencias en sintomatología y alteraciones histológicas según grupos etarios, pero

esos hallazgos no demuestran por sí mismos que la edad sea un determinante de aparición (Schnatz et al., 2009; Tirlapur et al., 2010). Por ello, cualquier comparación de frecuencia requiere considerar selección de pacientes, criterios diagnósticos, acceso a examen ginecológico y motivo de consulta.

Desde la perspectiva clínica, se han propuesto como posibles factores asociados la edad, el estado menopáusico, la inflamación cervical, infecciones genitales, exposición hormonal y diversas enfermedades ginecológicas concomitantes. No obstante, gran parte de la literatura clásica describe características de mujeres que ya tienen pólipos, en lugar de comparar sistemáticamente mujeres con y sin la lesión. Esta distinción es esencial: una característica frecuente entre casos no equivale a un factor asociado y, menos aún, a un predictor independiente. La investigación reciente de Sidera et al. (2025) aporta una comparación dentro de una población quirúrgica y documenta asociaciones estadísticas entre pólipos cervicales y determinadas patologías benignas concomitantes, mientras Kucukyıldız et al. (2022) explora la distribución de genotipos de VPH dentro de una población seleccionada por positividad para VPH de alto riesgo. Por el contrario, los estudios centrados en malignidad o citología señalan principalmente la necesidad de diferenciar el pólipo benigno de otras lesiones y no establecen que cáncer cervical, VPH u otras comorbilidades sean causas del pólipo (Pegu et al., 2020; Baker et al., 2025).

Los antecedentes reproductivos constituyen otro campo de interés debido a la exposición hormonal y los cambios cervicales relacionados con embarazo, parto y puerperio. La paridad y la gravidez han sido mencionadas con frecuencia en series clínicas; por ejemplo, un estudio anterior al periodo de esta revisión observó que las mujeres con recurrencia de pólipos eran con mayor frecuencia paridas, pero ese resultado se refería a recurrencia y no a la presencia inicial de la lesión (Tirlapur et al., 2010). La literatura contemporánea sobre embarazo se concentra sobre todo en las consecuencias obstétricas de un pólipo ya diagnosticado o de su extirpación. Cohortes y revisiones han relacionado la presencia o tratamiento de pólipos cervicales durante la gestación con pérdida gestacional tardía o parto pretérmino, y han estudiado tamaño, sangrado y momento de la polipectomía como predictores de esos desenlaces; tales variables no deben reinterpretarse como determinantes de la aparición del pólipo (Fukuta et al., 2020; Hirayama et al., 2022; Huang et al., 2022; Wakimoto et al., 2022; Riemma et al., 2023; Wang et al., 2025). Asimismo, los pólipos deciduales del embarazo constituyen una entidad histopatológica particular que puede simular o

coexistir con pólipos endocervicales y exige diferenciación diagnóstica (Seo et al., 2020; Kondagari & Josephs, 2021).

La dispersión conceptual y metodológica de la evidencia hace necesario sintetizar de manera específica qué variables clínicas y reproductivas han sido realmente evaluadas en relación con la presencia de pólipos cervicales, separando asociaciones estadísticas de simples descripciones y evitando extrapolar resultados de pólipos endometriales o de desenlaces obstétricos. En consecuencia, el objetivo general de esta revisión fue analizar, mediante una revisión sistemática de la literatura publicada entre 2019 y 2025, los factores clínicos y reproductivos asociados con la presencia de pólipos cervicales en mujeres adultas. La síntesis se diseñó para distinguir evidencia directa, evidencia complementaria, asociaciones no ajustadas, ausencia de asociación y factores no evaluados, sin inferir causalidad a partir de diseños observacionales. La pregunta de investigación fue: ¿qué factores clínicos y reproductivos se encuentran asociados con la presencia de pólipos cervicales en mujeres adultas según la evidencia científica publicada entre 2019 y 2025?

Metodología

Se realizó una revisión sistemática de la literatura con síntesis cualitativa. El reporte se estructuró de acuerdo con PRISMA 2020 y su documento de explicación y elaboración, adaptando el diagrama de flujo a una búsqueda de identificación principal y a fuentes suplementarias de verificación bibliográfica (Page et al., 2021a, 2021b). No se efectuó metaanálisis porque los estudios elegibles difirieron sustancialmente en población, objetivo, diseño, comparadores y variables, y porque solo una parte de ellos evaluó directamente factores vinculados con la presencia del pólipo.

Formulación PECO

La pregunta se formuló mediante PECO: P (población), mujeres adultas de 18 años o más; E (exposición), factores clínicos y/o reproductivos; C (comparación), mujeres sin el factor estudiado, grupos comparativos o mujeres sin pólipos cervicales cuando el estudio dispuso de un comparador; y O (desenlace), presencia o diagnóstico de pólipos cervicales o endocervicales. En estudios descriptivos sin grupo de comparación no se construyeron comparadores artificiales; sus datos se clasificaron como evidencia complementaria y no como demostración de asociación.

Fuentes de información y periodo

El archivo de identificación proporcionado correspondió a una exportación de Dimensions con 500 publicaciones y fecha de exportación registrada por la plataforma el 4 de septiembre de 2026. La búsqueda se restringió a publicaciones entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2025. Para verificar autoría, año, revista, DOI, diseño, muestra y resultados se consultaron registros de PubMed/MEDLINE, textos disponibles en PubMed Central y páginas editoriales de los artículos recuperados. No se declara una búsqueda independiente en Scopus, Web of Science, Embase, SciELO o LILACS porque el material disponible no documentaba ejecuciones reproducibles en esas bases; por tanto, no se atribuyeron a ellas registros ni cifras PRISMA.

Estrategia de búsqueda

La cadena ejecutada en Dimensions combinó términos específicos de pólipos cervicales/endocervicales con vocabulario de factores clínicos, reproductivos y epidemiológicos. Durante la verificación bibliográfica se utilizaron búsquedas por título exacto, DOI y combinaciones de “cervical polyp”, “endocervical polyp”, “parity”, “gravity”, “menopause”, “HPV” y “clinical factors”. Se priorizó la especificidad diagnóstica: un registro que mencionara pólipos endometriales, lesiones cervicales o masas polipoides sin resultados separables para pólipo cervical no fue considerado evidencia pertinente.

Tabla A.

Estrategia de identificación y verificación bibliográfica

Fuente	Propósito	Estrategia/criterio	Periodo
Dimensions	Identificación principal	("cervical polyp" OR "cervical polyps" OR "endocervical polyp" OR "endocervical polyps") AND ("risk factors" OR "associated factors" OR predictor* OR determinant* OR epidemiolog* OR "clinical factors" OR "reproductive factors" OR "gynecological factors" OR "obstetric factors" OR parity OR gravity OR menopause OR "menopausal status" OR pregnancy OR contraception OR "hormonal factors") AND (women OR woman OR female*)	2019–2025
PubMed/MEDLINE y PMC	Verificación/recuperación	Título exacto, DOI y combinaciones específicas del desenlace y las variables; contraste con registro bibliográfico original.	Sin ampliar el periodo de estudios incluidos
Sitios editoriales	Verificación	Comprobación de DOI, volumen, páginas, tablas/resultados cuando estaban disponibles.	Según artículo

Nota. La estrategia de Dimensions es la búsqueda estructurada documentada en el archivo de exportación; las otras fuentes se emplearon para verificación y recuperación, no para inflar el conteo de registros identificados.

Criterios de inclusión

Se incluyeron estudios primarios publicados entre 2019 y 2025 en mujeres adultas que: a) identificaran de forma explícita pólipos cervicales o endocervicales; b) aportaran al menos una variable clínica o reproductiva pertinente; c) compararan mujeres con y sin pólipos, cuando el diseño lo permitiera, o describieran de manera verificable características de pacientes con pólipos útiles para contextualizar la asociación; d) correspondieran a diseños observacionales descriptivos, transversales, cohortes o retrospectivos; y e) permitieran verificar el diagnóstico y los resultados en el artículo original o registro bibliográfico. Los estudios directos capaces de comparar factores por presencia/ausencia del pólipo se clasificaron como Grupo A; los estudios que caracterizaron clínica, histopatología o variables reproductivas sin demostrar asociación se clasificaron como Grupo B.

Criterios de exclusión

Se excluyeron trabajos anteriores a 2019 o posteriores a 2025; estudios exclusivamente pediátricos; reportes de caso; series muy pequeñas sin utilidad para la pregunta; revisiones y metaanálisis como fuentes de resultados primarios; estudios sobre pólipos endometriales sin datos separables para pólipos cervicales; cáncer cervical, lesiones intraepiteliales, miomas, cervicitis u otras patologías sin análisis específico del pólipo cervical; investigaciones animales o in vitro; y estudios de embarazo o polipectomía cuyo desenlace exclusivo fuera aborto, parto pretérmino u otro resultado obstétrico sin aportar información interpretable sobre factores relacionados con la presencia del pólipo. Las revisiones y artículos de manejo se conservaron únicamente como bibliografía contextual cuando resultaron pertinentes.

Proceso de selección

La exportación contenía 500 registros únicos: no se identificaron duplicados exactos por Publication ID, título ni DOI. El cribado inicial por título y resumen identificó 60 registros que mencionaban de manera específica “cervical polyp(s)” o “endocervical polyp(s)”; los 440 restantes se excluyeron por no abordar de forma específica la entidad objetivo. En la evaluación de elegibilidad de los 60 informes, 54 se excluyeron por los siguientes motivos mutuamente asignados: reportes/series de casos o patologías polipoides raras sin análisis pertinente (n=26),

estudios de embarazo o polipectomía centrados en otro desenlace sin analizar factores de presencia (n=5), revisiones o fuentes no primarias (n=5), y desenlace, entidad o factor no pertinente/no separable (n=18). Se incluyeron finalmente 6 estudios primarios. La trazabilidad se mantuvo mediante título, DOI y metadatos bibliográficos; no se generaron cifras para estudios no recuperados.

Evaluación de calidad metodológica y riesgo de sesgo

La evaluación crítica se realizó con criterios compatibles con las herramientas de Joanna Briggs Institute (JBI) para estudios observacionales analíticos y para estudios descriptivos/prevalencia, sin convertir los ítems en una puntuación numérica arbitraria. Se valoraron: definición de participantes y escenario, validez del diagnóstico, medición de exposiciones, existencia y adecuación del comparador, identificación y manejo de confusores, adecuación del análisis estadístico, completitud de los datos y representatividad. El juicio global se expresó como riesgo de sesgo bajo, moderado o moderado-alto para la pregunta específica de esta revisión. Un estudio no fue excluido solo por su juicio de calidad; la limitación se incorporó a la interpretación.

Variables y extracción de datos

Se extrajeron autor, año, país, diseño, periodo, tamaño muestral, edad, contexto asistencial, método de diagnóstico, número de mujeres con pólipos, estado menopáusico, gravidez, paridad, antecedentes obstétricos, variables hormonales, comorbilidades, cervicitis/inflamación, VPH, síntomas y medidas de asociación o valores p cuando fueron reportados. Se distinguieron tres niveles: información descriptiva; asociación bivariada/no ajustada; y asociación multivariada/independiente. No se calcularon OR, RR, intervalos de confianza ni valores p propios, y no se transformaron porcentajes descriptivos en medidas de riesgo.

Síntesis

Dada la heterogeneidad clínica y metodológica, se efectuó síntesis narrativa por factor. Cada variable se clasificó como asociación positiva, ausencia de asociación, resultados inconsistentes o evidencia insuficiente. Los resultados de estudios de Grupo B se utilizaron para describir perfiles clínicos y reproductivos, pero no para afirmar que una característica constituye un factor asociado. Cuando un artículo examinó pólipos endocervicales dentro de una población seleccionada —por

ejemplo, mujeres con VPH de alto riesgo— la inferencia se restringió estrictamente a esa población.

Resultados

Selección de estudios

Los 500 registros de la exportación de Dimensions fueron únicos y se sometieron a cribado. Se excluyeron 440 registros durante el cribado por título y resumen porque no contenían una evaluación específica de pólipo cervical/endocervical pertinente a la pregunta. Sesenta informes pasaron a elegibilidad; 54 fueron excluidos con motivos documentados y 6 estudios primarios se incluyeron en la síntesis cualitativa: Budak y Kanmaz (2019), Pegu et al. (2020), Kucukyıldız et al. (2022), Hirayama et al. (2022), Yousofzai et al. (2024) y Sidera et al. (2025). Tres aportaron comparación directa relevante para al menos una variable (Grupo A) y tres aportaron principalmente caracterización clínica o estratificación dentro de casos ya diagnosticados (Grupo B).

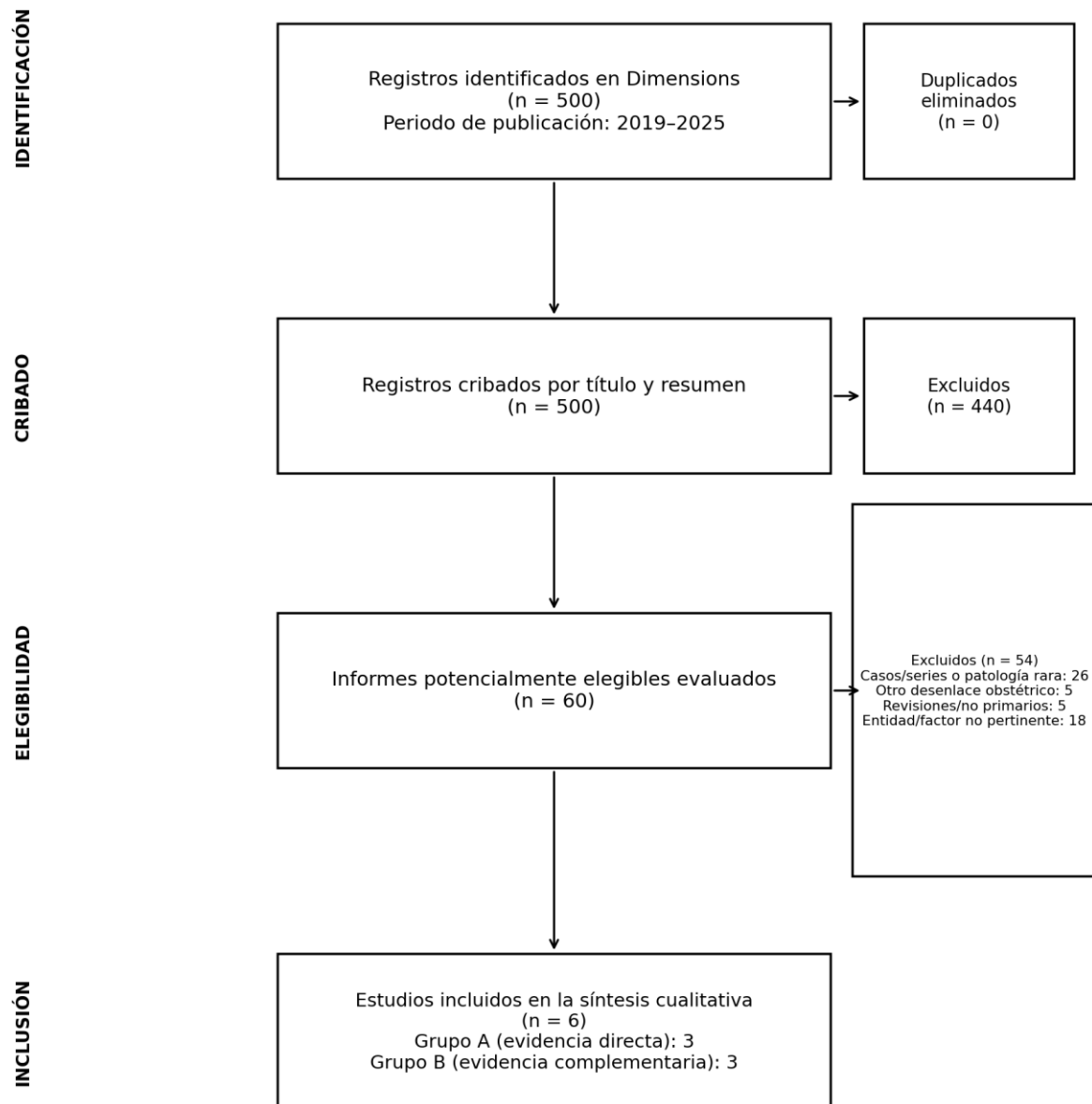


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020 adaptado a la estrategia de identificación utilizada.

Nota. El flujo se construyó exclusivamente con los registros del archivo de Dimensions y la verificación de elegibilidad. No se sumaron como nuevos registros las búsquedas de verificación por título o DOI.

Características generales de los estudios incluidos

Los seis estudios se publicaron entre 2019 y 2025 y procedieron de Turquía, India, Japón, Afganistán y Grecia, además de una investigación nacional turca sobre mujeres con VPH de alto riesgo. Predominaron los diseños retrospectivos y transversales. Las muestras oscilaron entre 221 mujeres con pólipos asintomáticos y 3.730 ingresos ginecológicos en el estudio descriptivo afgano; la mayor cohorte comparativa incluida para variables de base fue la de Hirayama et al. (2022), con 2.941 embarazadas, 142 de ellas con pólipo cervical. El diagnóstico fue clínico y/o histopatológico según estudio. Los objetivos originales fueron heterogéneos: patología endometrial concomitante, necesidad de intervención, VPH, desenlaces obstétricos, prevalencia/manifestaciones y coexistencia de patología ginecológica. Esta heterogeneidad explica que solo una parte de los datos responda directamente a la asociación con presencia del pólipo.

Características clínicas de las mujeres con pólipos cervicales

Los síntomas se describieron principalmente en Yousofzai et al. (2024): entre 50 casos, el sangrado vaginal fue una manifestación frecuente y se registraron formas intermenstruales, poscoitales y posmenopáusicas. Budak y Kanmaz (2019) estudiaron exclusivamente 221 pacientes asintomáticas, lo que demuestra que la ausencia de síntomas es compatible con la presencia de la lesión. Pegu et al. (2020) incluyeron 299 casos y analizaron citología, histopatología cervical y patología endometrial; el estado sintomático no se comportó como marcador suficiente para discriminar hallazgos histológicos relevantes. Por tanto, el sangrado y el flujo deben entenderse como formas de presentación, no como factores que preceden necesariamente al desarrollo del pólipo.

Factores clínicos asociados con la presencia de pólipos cervicales

La evidencia comparativa más directa provino de Sidera et al. (2025), estudio retrospectivo en 3.490 mujeres sometidas a evaluación quirúrgica, donde 343 presentaron pólipos cervicales histológicamente confirmados. En análisis no ajustados, la presencia de pólipos cervicales se relacionó con cervicitis ($p<0,001$), adenomiosis ($p=0,001$), quistes paraováricos ($p=0,002$) y miomas ($p=0,003$); el trabajo también comunicó una relación con mayor carga de miomas. Estos resultados indican coexistencia estadística en una población seleccionada, pero el estudio no aportó modelos multivariados que permitieran establecer independencia respecto de edad u otros

confusores. En consecuencia, las asociaciones se clasificaron como positivas pero no ajustadas. No se identificaron estudios elegibles que demostraran asociación específica de obesidad, hipertensión o diabetes con la presencia de pólipos cervicales.

Edad y estado menopáusico

Los resultados sobre edad no fueron uniformes. Sidera et al. (2025) reportaron que la ocurrencia de pólipos cervicales disminuía con la edad en su población quirúrgica ($p < 0,001$). En contraste, Hirayama et al. (2022), dentro de una cohorte de embarazadas, observaron mayor edad media en el grupo con pólipo frente al grupo sin pólipo ($34,7 \pm 4,2$ versus $33,0 \pm 5,1$ años; $p < 0,001$). Yousofzai et al. (2024) describieron que 56 % de sus 50 casos tenían más de 35 años, pero sin grupo control, por lo que ese porcentaje no prueba asociación. Budak y Kanmaz (2019) y Pegu et al. (2020) estratificaron mujeres que ya tenían pólipos por estado pre/peri o posmenopáusico para estudiar patología concomitante; dichos análisis no evaluaron si la menopausia incrementaba la probabilidad de presentar un pólipo. La evidencia sobre edad se calificó, por tanto, como inconsistente y dependiente del contexto; la evidencia sobre menopausia como factor de presencia fue insuficiente.

Factores reproductivos asociados con la presencia de pólipos cervicales

Hirayama et al. (2022) proporcionaron la comparación reproductiva más clara. La proporción de mujeres multíparas no difirió de forma significativa entre las embarazadas con pólipo y sin pólipo (53,5 % versus 48,6 %; $p = 0,264$). En cambio, los antecedentes de aborto tardío (2,8 % versus 0,7 %; $p = 0,026$) y de parto pretérmino espontáneo antes de 34 semanas (8,5 % versus 2,0 %; $p < 0,001$) fueron más frecuentes en el grupo con pólipo. Estas diferencias fueron análisis de base no ajustados y el estudio no modeló dichos antecedentes como predictores independientes de aparición del pólipo. Yousofzai et al. (2024) informaron que 35 de 50 casos (70 %) tenían gravidez superior a cinco; al no existir grupo sin pólipos ni prueba de asociación, ese hallazgo se clasificó como descriptivo. Ningún estudio incluido demostró que paridad, multiparidad o gravidez fueran factores independientes de presencia.

Paridad, gravidez y antecedentes obstétricos

La paridad mostró el ejemplo más claro de por qué una frecuencia no debe confundirse con asociación. Aunque la gravidez elevada fue común en la serie afgana, el cohorte comparativo de

Hirayama et al. (2022) no encontró diferencia significativa en multiparidad. Los antecedentes de aborto tardío y parto pretérmino sí mostraron diferencias bivariadas en ese mismo cohorte, pero podrían reflejar factores compartidos propios de la población obstétrica y no se evaluó temporalidad causal respecto del desarrollo del pólipo. La literatura previa al periodo de inclusión había asociado paridad con recurrencia de pólipos, no con presencia inicial (Tirlapur et al., 2010), por lo que ese OR histórico no se trasladó a la presente pregunta.

Factores hormonales y reproductivos

No se identificó dentro de los seis estudios un análisis válido que estimara la asociación entre anticoncepción hormonal, terapia hormonal sustitutiva, exposición estrogénica cuantificada o tamoxifeno y presencia de pólipos cervicales. Budak y Kanmaz (2019) y Pegu et al. (2020) incluyeron estratificaciones menopáusicas, pero su desenlace fue patología concomitante en mujeres con pólipos ya diagnosticados. La literatura sobre embarazo evidencia que el entorno hormonal gestacional puede modificar la apariencia o deciduización de lesiones polipoides, pero los trabajos de Fukuta et al. (2020), Huang et al. (2022), Riemma et al. (2023) y Wang et al. (2025) se enfocan en desenlaces posteriores al diagnóstico o intervención; por ello no se emplearon para afirmar que la exposición hormonal cause pólipos cervicales.

Factores inflamatorios, infecciosos y ginecológicos

La asociación más consistente dentro de la evidencia directa fue la coexistencia de cervicitis con pólipos cervicales en Sidera et al. (2025), aunque no ajustada. Esto es compatible con la presencia frecuente de cambios inflamatorios descrita en estudios histopatológicos históricos (Berzolla et al., 2007), pero no demuestra que la inflamación sea causal. En la cohorte de Hirayama et al. (2022), la vaginosis bacteriana no difirió significativamente entre mujeres con y sin pólipo (14,1 % versus 11,1 %; $p=0,276$). Kucukyildiz et al. (2022) compararon 243 mujeres con pólipo endocervical y 3.256 sin pólipo, todas hrVPH-positivas: el VPH 18 fue más frecuente en el grupo con pólipo según los autores, mientras la citología anormal $\geq$ ASC-US no mostró diferencia significativa. Dado que todas las participantes eran positivas para VPH de alto riesgo, este diseño no permite concluir que la positividad hrVPH en sí aumente la presencia de pólipos cervicales.

Factores con asociación independiente

Ninguno de los seis estudios incluidos presentó un modelo multivariado cuyo desenlace fuera específicamente la presencia o diagnóstico de pólipo cervical y que permitiera reportar OR o RR ajustados para factores clínicos o reproductivos. En consecuencia, no se identificaron predictores independientes de presencia. Los modelos multivariados de estudios de embarazo publicados en el mismo periodo se orientaron a pérdida gestacional o parto pretérmino después de diagnosticar o tratar un pólipo (Fukuta et al., 2020; Wakimoto et al., 2022), por lo que no fueron reinterpretados como modelos etiológicos de aparición del pólipo.

Factores sin asociación significativa

La multiparidad no mostró asociación en Hirayama et al. (2022; $p=0,264$), y la vaginosis bacteriana tampoco difirió entre grupos en ese cohorte ($p=0,276$). En Sidera et al. (2025), no se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre pólipos cervicales y cáncer cervical ($p=0,50$), cáncer endometrial ($p=0,30$) o endometriosis ($p=0,13$) dentro de la población evaluada. Estos resultados no demuestran ausencia absoluta de relación en otras poblaciones; indican que, bajo esos diseños y tamaños muestrales, no se evidenció una asociación estadística. La evidencia para obesidad, hipertensión, diabetes, anticoncepción y terapia hormonal no se clasificó como “no asociada”, sino como insuficiente porque esas exposiciones no fueron evaluadas de manera pertinente.

Consistencia de los hallazgos

La evidencia relativamente más consistente se concentró en coexistencia inflamatoria/ginecológica, particularmente cervicitis, aunque sustentada esencialmente por un estudio comparativo grande y sin ajuste multivariado. La edad mostró resultados contextualmente divergentes: mayor edad media en un cohorte obstétrico, pero menor ocurrencia con el aumento de edad en una población quirúrgica. La multiparidad no se asoció en el único cohorte que la comparó directamente; la gravidez alta fue solo descriptiva en otra serie. Los antecedentes de aborto tardío y parto pretérmino mostraron asociaciones bivariadas en embarazadas, pero requieren confirmación fuera del contexto obstétrico. Para VPH, menopausia, obesidad, hipertensión, diabetes y exposición hormonal, la evidencia fue limitada o insuficiente.

Calidad metodológica de los estudios

La calidad metodológica para la pregunta específica fue predominantemente moderada. Las principales fortalezas fueron diagnóstico histopatológico o clínico claramente identificable, muestras grandes en Kucukyıldız et al. (2022), Hirayama et al. (2022) y Sidera et al. (2025), y comparadores explícitos en estos tres estudios. Las limitaciones recurrentes fueron selección hospitalaria o quirúrgica, retrospectividad, ausencia de modelamiento multivariado con presencia del pólipo como desenlace, restricción a subpoblaciones específicas —embarazadas o mujeres hrVPH-positivas— y estudios descriptivos sin grupo control. Por ello, las medidas bivariadas no se interpretaron como relaciones independientes ni causales.

5.14. Tablas de síntesis

Tabla 1.

Características generales de los estudios incluidos

Estudio	País	Diseño	Muestra	Población/edad	Diagnóstico	Variables	Resultados pertinentes	Grupo/calidad
Budak & Kanmaz, 2019	Turquía	Retrospectivo	221 mujeres con pólipos asintomáticos	Adultas; pre y posmenopáusicas	Clínico/histopatológico	Tamaño/número, menopausia, citología, patología endometrial	No orientado a factores de presencia; tamaño del pólipo relacionado con patología endometrial en posmenopáusicas	B; moderada
Pegu et al., 2020	India	Retrospectivo	299 casos de pólipo cervical	Perimenopáusicas y posmenopáusicas	Histopatología tras polipectomía	Síntomas, menopausia, citología, endometrio	Estado menopáusico analizado respecto de histología, no como determinante de presencia	B; moderada
Kucukyıldız et al., 2022	Turquía	Comparativo retrospectivo	3.499 mujeres hrVPH+; 243 con pólipo	Mujeres hrVPH+	Colposcopia/patología	Edad, genotipo VPH, citología	HPV18 más frecuente en grupo con pólipo; citología ≥ASC-US sin diferencia; inferencia	A; moderada

Hirayama et al., 2022	Japón	Cohorte retrospectivo	2.941 gestantes; 142 con pólipo	Embarazo temprano	Examen con espéculo; histología en resecados	Edad, multiparidad, antecedentes obstétricos, vaginosis	limitada a hrVPH+ Mayor edad y antecedentes de aborto tardío/SPTB; multiparidad y vaginosis sin diferencia	A; moderada
Yousofzai et al., 2024	Afganistán	Descriptivo transversal	3.730 ingresos; 50 casos	Pacientes ginecológicas hospitalarias	Examen clínico y manejo hospitalario	Edad, síntomas, gravidez	1,34% en marco hospitalario; 70% con gravidez >5, sin comparador	B; moderada-alta
Sidera et al., 2025	Grecia	Retrospectivo comparativo	3.490 mujeres; 343 con pólipo cervical	Población quirúrgica	Histopatología	Edad, cervicitis, adenomiosis, quistes, miomas y otras patologías	Asociaciones no ajustadas con cervicitis, adenomiosis, quistes paraováricos y miomas; ocurrencia disminuyó con edad	A; moderada

Nota. Grupo A: evidencia directa para al menos una comparación vinculada con presencia/ausencia. Grupo B: evidencia complementaria. SPTB: parto pretérmino espontáneo. La calidad se juzga respecto de la pregunta de esta revisión, no del objetivo original del artículo.

Tabla 2.
Factores clínicos evaluados en relación con pólipos cervicales

Factor	Estudio	Medida/dirección	Significación	Ajuste multivariado	Interpretación
Edad	Hirayama et al., 2022	34,7±4,2 vs 33,0±5,1 años	p<0,001	No	Asociación bivariada positiva en gestantes
Edad	Sidera et al., 2025	Ocurrencia de CP disminuyó con la edad	p<0,001	No	Dirección opuesta; población quirúrgica
Cervicitis	Sidera et al., 2025	Mayor coexistencia con CP	p<0,001	No	Asociación positiva no ajustada
Adenomiosis	Sidera et al., 2025	Mayor coexistencia con CP	p=0,001	No	Asociación positiva no ajustada

Quiste paraovárico	Sidera et al., 2025	Mayor coexistencia con CP	p=0,002	No	Asociación positiva no ajustada
Miomas	Sidera et al., 2025	Mayor coexistencia con CP	p=0,003	No	Asociación positiva no ajustada
Vaginosis bacteriana	Hirayama et al., 2022	14,1% vs 11,1%	p=0,276	No	Sin asociación significativa
VPH de alto riesgo	Kucukyildiz et al., 2022	Toda la muestra era hrVPH+	No aplicable	No	No permite estimar hrVPH como factor de presencia
HPV18 dentro de hrVPH+	Kucukyildiz et al., 2022	Más frecuente en grupo con pólipo según autores	Valor exacto no reportado en resumen verificado	No	Evidencia limitada a subpoblación hrVPH+
Obesidad/HTA/diabetes	—	No evaluadas pertinentemente	—	—	Evidencia insuficiente

Nota. No se presentan OR o RR porque los estudios incluidos no reportaron medidas ajustadas con presencia del pólipo como desenlace. CP: pólipo cervical; hrVPH: VPH de alto riesgo; HTA: hipertensión arterial.

Tabla 3.

Factores reproductivos y obstétricos evaluados

Factor	Estudio	Resultado	p	Clasificación	Observación
Multiparidad	Hirayama et al., 2022	53,5% con pólipo vs 48,6% sin pólipo	p=0,264	Sin asociación significativa	Comparativo no ajustado
Antecedente de aborto tardío	Hirayama et al., 2022	2,8% vs 0,7%	p=0,026	Asociación positiva bivariada	No predictor independiente
Antecedente de SPTB <34 sem	Hirayama et al., 2022	8,5% vs 2,0%	p<0,001	Asociación positiva bivariada	No predictor independiente
Gravidez >5	Yousofzai et al., 2024	35/50 casos (70%)	No reportada	Característica descriptiva	Sin grupo comparador
Estado menopáusico	Budak & Kanmaz, 2019; Pegu et al., 2020	Estratificación entre mujeres con pólipo	No aplicable a presencia	Evidencia insuficiente	El desenlace original fue patología concomitante
Anticoncepción/exposición hormonal	—	No evaluada de modo pertinente	—	Evidencia insuficiente	No inferir asociación

Nota. SPTB: parto pretérmino espontáneo. Una frecuencia elevada dentro de casos no se consideró asociación sin comparador.

Tabla 4.

Evaluación metodológica de los estudios incluidos

Estudio	Instrumento compatible	Principales dominios/limitaciones	Riesgo de sesgo para esta pregunta
----------------	-------------------------------	--	---

Budak & Kanmaz, 2019	JBÍ observacional analítico/adaptado	Diagnóstico verificable y variables clínicas; sin grupo sin pólipos para la pregunta, retrospectivo y control limitado de confusión	Moderado
Pegu et al., 2020	JBÍ observacional analítico/adaptado	Muestra clínica e histopatología; comparaciones centradas en patología de casos ya diagnosticados, no en presencia	Moderado
Kucukyildiz et al., 2022	JBÍ observacional analítico	Comparador amplio y datos nacionales; selección exclusiva de hrVPH+ y ausencia de ajuste específico para presencia	Moderado
Hirayama et al., 2022	JBÍ cohorte/observacional analítico	Comparación con/sin pólipo y tamaño muestral grande; población gestante y asociaciones de base no modeladas como desenlace de presencia	Moderado
Yousofzai et al., 2024	JBÍ prevalencia/descriptivo	Definición clínica y denominador hospitalario; muestra de un centro, 50 casos, sin comparador y análisis principalmente descriptivo	Moderado-alto
Sidera et al., 2025	JBÍ observacional analítico	Muestra grande e histología; población quirúrgica seleccionada y asociaciones no ajustadas con potencial confusión	Moderado

Nota. Los juicios son cualitativos y específicos para la pregunta sobre factores asociados con la presencia de pólipos cervicales. No se aplicó una suma de puntos que no estuviera validada para combinar diseños distintos.

Discusión

Interpretación general de los hallazgos

Esta revisión muestra que la literatura 2019–2025 que responde de forma directa a la pregunta sobre factores asociados con la presencia de pólipos cervicales es escasa, a pesar de que existen numerosos trabajos sobre manejo, histopatología y embarazo. Las señales con mayor respaldo dentro de los estudios incluidos fueron la coexistencia de cervicitis y determinadas patologías ginecológicas en una población quirúrgica, así como diferencias bivariadas de edad y antecedentes obstétricos en una cohorte de gestantes. Ninguna asociación cumplió criterios para denominarse factor de riesgo independiente, porque no se identificó un modelo multivariado con presencia del pólipo como desenlace. La multiparidad no mostró asociación en el único estudio comparativo que la evaluó, y la gravidez elevada observada en una serie descriptiva no puede interpretarse como riesgo.

Comparación de los factores clínicos

Sidera et al. (2025) encontraron que cervicitis, adenomiosis, quistes paraováricos y miomas coexistían con mayor frecuencia en mujeres con pólipos cervicales. El hallazgo de cervicitis es biológicamente plausible en un tejido expuesto a inflamación crónica y concuerda con la

frecuencia de cambios inflamatorios descrita en pólipos por Berzolla et al. (2007), pero la plausibilidad no sustituye al control de confusión. Una población quirúrgica puede concentrar mujeres con múltiples patologías ginecológicas, lo que favorece asociaciones por selección. Además, el diseño transversal/retrospectivo no establece qué condición precedió a la otra. Por ello, la interpretación adecuada es “coexistencia asociada” y no “causa”. En contraste, no se halló evidencia elegible suficiente para obesidad, hipertensión o diabetes, variables a menudo asociadas con pólipos endometriales pero que no deben extrapolarse al cuello uterino.

Comparación de los factores reproductivos

Los factores reproductivos tuvieron respaldo más débil. Hirayama et al. (2022) no observaron una diferencia significativa en multiparidad, aunque sí mayores proporciones de antecedentes de aborto tardío y parto pretérmino espontáneo entre las mujeres con pólipos. Estos antecedentes podrían identificar un perfil obstétrico distinto, pero el estudio fue diseñado para evaluar desenlaces posteriores del embarazo y no para modelar la etiología del pólipo; por ello, no ajustó la probabilidad de presencia por edad, historia reproductiva u otros confusores. Yousofzai et al. (2024) describieron gravidez >5 en 70 % de los casos, una cifra llamativa que carece de comparación interna. La literatura histórica de Tirlapur et al. (2010) relacionó paridad con recurrencia, no con presencia inicial. Considerados en conjunto, estos datos no sustentan que multiparidad o gravidez sean factores independientes de aparición.

Edad y menopausia

La edad ilustra la heterogeneidad del fenómeno. El estudio griego observó menor ocurrencia con el aumento de edad, mientras el cohorte japonés de embarazadas encontró una diferencia pequeña pero estadísticamente significativa hacia mayor edad entre quienes presentaban pólipos. Estas direcciones no son necesariamente contradictorias si se consideran los marcos muestrales: una población quirúrgica amplia y una población restringida a embarazo temprano responden a distribuciones etarias distintas. Estudios anteriores muestran que los pólipos pueden diagnosticarse a lo largo de un rango amplio y que la edad modifica síntomas o hallazgos histológicos más que demostrar una relación etiológica simple (Schnatz et al., 2009; Tirlapur et al., 2010). Budak y Kanmaz (2019) y Pegu et al. (2020) aportan información sobre pre/posmenopausia en casos ya

diagnosticados, pero no permiten afirmar que la menopausia incremente o reduzca la probabilidad de desarrollar el pólipo.

Paridad y gravidez

La hipótesis de una relación con paridad/gravidez suele apoyarse en la exposición hormonal acumulada, el remodelado cervical asociado con embarazos y partos y la frecuencia de pólipos en mujeres con antecedentes reproductivos. Sin embargo, la síntesis exige diferenciar hipótesis de evidencia. El único comparador directo incluido para multiparidad no mostró asociación; la gravidez alta provino de una serie sin controles. Por ello, la literatura seleccionada no permite atribuir a la multiparidad un papel de factor de riesgo. Esto también evita confundir la recurrencia descrita en trabajos más antiguos con la aparición primaria de pólipos.

Posibles mecanismos fisiopatológicos

Se han propuesto inflamación crónica, congestión vascular y sensibilidad hormonal como mecanismos que podrían favorecer protrusiones endocervicales. La asociación de cervicitis observada por Sidera et al. (2025) y la presencia de infiltrado inflamatorio en trabajos histológicos son compatibles con un componente inflamatorio, pero no demuestran temporalidad. Durante el embarazo, los cambios hormonales pueden producir decidualización y modificar el aspecto de pólipos cervicales, lo que complica la diferenciación entre pólipo endocervical y decidual (Seo et al., 2020; Kondagari & Josephs, 2021). Estudios de polypectomía han identificado tamaño, sangrado y momento de intervención como predictores de desenlaces obstétricos (Fukuta et al., 2020; Huang et al., 2022), pero estos mecanismos se relacionan con evolución de un pólipo ya presente y no deben trasladarse a su etiología. En consecuencia, inflamación y señalización hormonal deben considerarse mecanismos propuestos, no mecanismos causales demostrados para la aparición del pólipo cervical.

Significado clínico de los resultados

Desde la práctica ginecológica, los hallazgos respaldan una anamnesis que documente sangrado intermenstrual, poscoital o posmenopáusico, estado reproductivo, antecedentes obstétricos y patologías ginecológicas concomitantes, pero no justifican tamizaje dirigido basado en un supuesto perfil de riesgo. La identificación de un pólipo requiere diferenciación de otras lesiones cervicales y valoración de citología/VPH conforme a las recomendaciones habituales de tamizaje. Baker et

al. (2025) enfatizan que los pólipos suelen ser benignos y que el riesgo de displasia o malignidad debe evaluarse con los instrumentos apropiados, no atribuirse al pólipo por sí solo. Los estudios histopatológicos de MacKenzie et al. (2009) y Levy et al. (2016) muestran que la evaluación del tejido puede revelar hallazgos relevantes, aunque la magnitud del riesgo es baja y las decisiones deben individualizarse según síntomas, apariencia y contexto clínico.

Heterogeneidad entre los estudios

La heterogeneidad fue sustancial en edad, país, escenario asistencial, definición de las exposiciones y propósito del estudio. Kucukyildiz et al. (2022) restringieron la población a mujeres hrVPH-positivas; Hirayama et al. (2022) evaluaron embarazo temprano; Sidera et al. (2025) analizaron una cohorte quirúrgica; Yousofzai et al. (2024) se basaron en ingresos hospitalarios; Budak y Kanmaz (2019) incluyeron casos asintomáticos, y Pegu et al. (2020) estudiaron casos sometidos a intervención. Estas diferencias limitan cualquier estimación agregada y justificaron no realizar metaanálisis. También explican por qué una variable como edad puede mostrar direcciones distintas sin que necesariamente exista una contradicción biológica.

Asociación versus causalidad

Una asociación estadística no demuestra causalidad. Para atribuir un papel causal a cervicitis, edad o antecedentes reproductivos sería necesario establecer temporalidad, medir adecuadamente exposición y desenlace, controlar confusores y reducir sesgos de selección e información. Los estudios incluidos fueron predominantemente retrospectivos u observacionales y ninguno presentó un modelo multivariado de presencia del pólipo. Por ello, incluso las asociaciones con $p < 0,05$ deben considerarse no ajustadas. La restricción a poblaciones clínicas puede introducir sesgo de Berkson o sobrerrepresentar comorbilidades; la medición retrospectiva de antecedentes puede ser incompleta; y la ausencia de variables como tabaquismo, anticoncepción o exposición hormonal impide valorar confusión residual.

Implicaciones para la práctica ginecológica

Los factores identificados pueden orientar la descripción clínica, no un algoritmo de predicción. La coexistencia de cervicitis u otras patologías ginecológicas puede justificar una evaluación integral cuando se detecta un pólipo, mientras los antecedentes de sangrado o gestación contextualizan el manejo. En mujeres embarazadas, los estudios contemporáneos muestran que la

presencia de un pólipo se relaciona con desenlaces obstétricos adversos y que el manejo debe individualizarse; no obstante, esos trabajos responden a una pregunta distinta de la etiología del pólipo (Hirayama et al., 2022; Wakimoto et al., 2022; Riemma et al., 2023; Wang et al., 2025). No existe base en esta revisión para recomendar tamizaje poblacional específico de pólipos cervicales ni para etiquetar a mujeres con obesidad, hipertensión, diabetes o multiparidad como de alto riesgo.

Fortalezas y limitaciones de la evidencia

Entre las fortalezas de la revisión se encuentran la definición estricta del desenlace, la separación explícita entre pólipos cervicales y endometriales, la verificación de DOI y resultados en fuentes originales, la distinción entre evidencia directa/complementaria y el rechazo de extrapolaciones causales. Sus limitaciones derivan del periodo 2019–2025, la identificación estructurada basada principalmente en Dimensions, el uso de PubMed/PMC y páginas editoriales como verificación en lugar de disponer de búsquedas independientes reproducibles en todas las bases recomendadas, la heterogeneidad de diseños, la escasez de estudios cuyo objetivo original fuera identificar factores de presencia y el predominio de poblaciones seleccionadas. También limitan la inferencia la ausencia de medidas ajustadas, la variabilidad en definición de pólipo y exposiciones, el tamaño reducido de algunas series y la posibilidad de sesgo de publicación. En consecuencia, la certeza de la evidencia para factores clínicos y reproductivos específicos es baja a moderada, según la variable.

Conclusiones

La evidencia publicada entre 2019 y 2025 muestra que los factores clínicos y reproductivos asociados con la presencia de pólipos cervicales han sido evaluados de forma fragmentaria. Las asociaciones clínicas más claras fueron no ajustadas y provinieron principalmente de una población quirúrgica, donde cervicitis, adenomiosis, quistes paraováricos y miomas coexistieron con mayor frecuencia con pólipos cervicales. La edad mostró resultados inconsistentes entre escenarios. En el ámbito reproductivo, la multiparidad no mostró asociación en el cohorte comparativo disponible; la gravidez elevada fue solo descriptiva, mientras los antecedentes de aborto tardío y parto pretérmino fueron más frecuentes en gestantes con pólipos en un análisis bivariado. No se demostró asociación independiente para menopausia, VPH, obesidad, hipertensión, diabetes o exposición hormonal.

En respuesta directa a la pregunta de investigación, los factores con respaldo estadístico dentro de los estudios incluidos son principalmente determinadas patologías ginecológicas concomitantes y, en una cohorte obstétrica, mayor edad y antecedentes obstétricos específicos; sin embargo, todos estos hallazgos carecen de un modelo multivariado cuyo desenlace sea la presencia del pólipo. La multiparidad y la vaginosis bacteriana no mostraron asociación significativa en ese cohorte, y la evidencia sobre VPH se restringió a mujeres ya positivas para VPH de alto riesgo, por lo que no permite atribuir al VPH un papel general como factor de presencia. Por tanto, no se identificaron factores de riesgo independientes demostrados y ninguna asociación observacional debe interpretarse como causal.

Las conclusiones están condicionadas por la heterogeneidad metodológica, el predominio de diseños retrospectivos y descriptivos, las diferencias de población y contexto asistencial, la escasez de comparadores adecuados, la falta de ajuste por confusores y la cobertura bibliográfica estructurada centrada en Dimensions con verificación suplementaria. El periodo de publicación limitado a 2019–2025 y la disponibilidad desigual de información completa también reducen la generalización. En la práctica, los antecedentes clínicos y reproductivos deben interpretarse junto con la evaluación ginecológica individual, el examen del cuello uterino y las pruebas cervicales indicadas, sin convertir características frecuentes o asociaciones bivariadas en predictores causales de pólipos cervicales.

Referencias

- Baker, E., MacDonald, A., & Tennant, S. (2025). Approach to cervical polyps in primary care. *Canadian Family Physician*, 71(1), 26–30. <https://doi.org/10.46747/cfp.710126>
- Berzolla, C. E., Schnatz, P. F., O’Sullivan, D. M., Bansal, R., Mandavilli, S., & Sorosky, J. I. (2007). Dysplasia and malignancy in endocervical polyps. *Journal of Women’s Health*, 16(9), 1317–1321. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0408>
- Budak, A., & Kanmaz, A. G. (2019). Role of endometrial sampling in cases with asymptomatic cervical polyps. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 48(3), 207–211. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2019.01.005>
- Fukuta, K., Yoneda, S., Yoneda, N., Shiozaki, A., Nakashima, A., Minamisaka, T., Imura, J., & Saito, S. (2020). Risk factors for spontaneous miscarriage above 12 weeks or premature delivery in patients undergoing cervical polypectomy during pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 27. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2710-z>
- Hirayama, E., Ebina, Y., Kato, K., Akabane-Nakagawa, K., & Okuyama, K. (2022). Cervical polyps in early pregnancy are a risk factor for late abortion and spontaneous preterm birth: A

- retrospective cohort study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 156(1), 64–70. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13608>
- Huang, Y.-L., Chen, R.-Z., & Le, F. (2022). Analysis on pregnancy outcomes and risk factors of cervical polypectomy during the first and second trimester pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 48(10), 2486–2492. <https://doi.org/10.1111/jog.15352>
- Kondagari, L., & Josephs, L. S. (2021). Role of ultrasound in managing cervical polyps during pregnancy. *Cureus*, 13(10), e18702. <https://doi.org/10.7759/cureus.18702>
- Kucukyildiz, I., Karaca, M., Akgor, U., Turkyilmaz, M., Keskinclik, B., Kara, F., Ozgul, N., & Gultekin, M. (2022). Endocervical polyps in high risk human papillomavirus infections. *Ginekologia Polska*, 93(1), 7–10. <https://doi.org/10.5603/GP.a2021.0207>
- Levy, R. A., Kumarapeli, A. R., Spencer, H. J., & Quick, C. M. (2016). Cervical polyps: Is histologic evaluation necessary? *Pathology - Research and Practice*, 212(9), 800–803. <https://doi.org/10.1016/j.prp.2016.06.010>
- MacKenzie, I. Z., Naish, C., Rees, C. M. P., & Manek, S. (2009). Why remove all cervical polyps and examine them histologically? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(8), 1127–1129. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02169.x>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021a). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... McKenzie, J. E. (2021b). PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- Pegu, B., Srinivas, B. H., Saranya, T. S., Murugesan, R., Thippeswamy, S. P., & Gaur, B. P. S. (2020). Cervical polyp: Evaluating the need of routine surgical intervention and its correlation with cervical smear cytology and endometrial pathology: A retrospective study. *Obstetrics & Gynecology Science*, 63(6), 735–742. <https://doi.org/10.5468/ogs.20177>
- Riemma, G., Della Corte, L., Vitale, S. G., Cianci, S., La Verde, M., Giampaolino, P., Cobellis, L., & De Franciscis, P. (2023). Surgical management of endocervical and decidual polyps during pregnancy: Systematic review and meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 307(3), 673–680. <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06550-z>
- Schnatz, P. F., Ricci, S., & O'Sullivan, D. M. (2009). Cervical polyps in postmenopausal women: Is there a difference in risk? *Menopause*, 16(3), 524–528. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181927286>
- Seo, N., Tachibana, D., Misugi, T., Koyama, M., & Tanaka, S. (2020). First trimester findings of decidual polyp: Caution to avoid polypectomy. *European Journal of Obstetrics &*

- Gynecology and Reproductive Biology, 249, 109–110.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.04.008>
- Sidera, A., Matalliotakis, M., Tsakiridis, I., Matalliotaki, C., Krithinakis, K., Dagklis, T., Mamopoulos, A. M., & Kalogiannidis, I. A. (2025). Coexistence of gynecological pathologies in women with cervical and endometrial polyps. *Cureus*, 17(1), e77015.
<https://doi.org/10.7759/cureus.77015>
- Tirlapur, S. A., Adeyemo, A., O’Gorman, N., & Selo-Ojeme, D. (2010). Clinico-pathological study of cervical polyps. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 282(5), 535–538.
<https://doi.org/10.1007/s00404-010-1364-x>
- Wakimoto, T., Hayashi, S., Koh, I., Yamamoto, R., & Ishii, K. (2022). Relationship between unremoved cervical polyp in pregnancy and spontaneous preterm birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 227(6), 899.e1–899.e6.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.064>
- Wang, M., Ye, M., Shen, N., Pan, W., Zhang, H., Wang, X., Sun, T., Zhou, L., & Meng, Y. (2025). Management of pregnant women with endocervical and decidual polyps: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 312(2), 375–384. <https://doi.org/10.1007/s00404-025-08056-w>
- Yousofzai, B. S., Walizada, K., Ahmadi, M., Ansari, M., Latoui, R. B., Fatima, M., Mehmood, R., Subhan, M., Bibi, R., & Mensah, S. O. (2024). Prevalence, clinical features, and management of cervical polyps: A one-year study at Rabia Balkhi Hospital in Afghanistan. *Cureus*, 16(9), e69417. <https://doi.org/10.7759/cureus.69417>