

## La Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción, 1949-2008

Efraín Vázquez Benítez\*

**A**gradezco muy cumplidamente a los miembros de la mesa directiva de la Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción la distinción de invitarme a escribir mi versión de la historia de esta honorable agrupación, que acepté gustoso porque me ha tocado la fortuna de vivirla de cerca como socio y como presidente, además de haber tenido el honor de conocer y cultivar amistad con todos los distinguidos profesores, compañeros y alumnos que han sido sus presidentes. Pero no quiero hacer una historia arquetípica en que sólo se relaten cronológicamente hechos escuetos aunque verdaderos, pues ya se han hecho dos versiones al respecto. Aquí me hago, más bien, el propósito de exponer algunos de los aspectos más relevantes de las inquietudes que han prevalecido a lo largo de estas casi seis décadas y de analizar un poco el significado de esa historia, con el fin de aquilatar la influencia que su evolución ha tenido en nuestro país en cuanto a conocimiento y actitud médicos y a sus relaciones internacionales. Esquemáticamente, haré referencia a las orientaciones primordiales que en etapas sucesivas dieron la tónica del momento, afirmando desde el principio que no han sido innovaciones excluyentes, sino inquietudes que predominaron en épocas consecutivas de su construcción y adición progresiva, y fueron dejando fructífero sedimento en consonancia con los avances de la esterilología local y mundial.

En atención al espacio disponible, sólo mencionaré algunos nombres representativos y suplico la benevolencia de quienes no mencione, aun mereciéndolo sobradamente.

\* Doctor en ciencias médicas. Hospital Español de México. Departamento de Ginecología y Obstetricia. México, DF.

La versión completa de este artículo también está disponible en: [www.revistasmedicasmexicanas.com.mx](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx)

### ANTECEDENTES, INCUBACIÓN Y NACIMIENTO

Entre lo que encontré como antecedente específico de las preocupaciones por la esterilidad en México, está un artículo del Dr. DJ Gómez de 1905, con el título “Un caso de esterilidad salvado con el bálsamo negro”. En 1929 el Dr. E López publicó un trabajo muy adelantado para su época intitulado “Breve nota acerca de la operación plástica para curar la obstrucción de las trompas impermeables”, en 1934 el Dr. Joaquín Correa publicó “La esterilidad femenina y su diagnóstico”, en 1936 el Dr. GC Vadillo dio a la imprenta en Yucatán “El problema de la esterilidad” y en 1939 el Dr. F Quiroz hizo una alusión inicial a la “Esterilidad masculina”.

De ahí en adelante aumentaron las inquietudes respecto a este tema y se consolidaron, finalmente, durante el Primer Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia; en esa ocasión fue invitado a México el Dr. Edmundo Murray, de Argentina, quien comentó a los asistentes al Congreso la inquietud al respecto que había percibido en otros países. Las ideas flotantes en el ambiente tomaron forma y, por la insinuación directa del Dr. Alejandro Otero se propuso la creación de una Sociedad Mexicana de estudios de esta índole.

Se pensó de inmediato que el proyecto debería incluir a ginecólogos, urólogos, radiólogos, radioterapeutas, endocrinólogos, patólogos, laboratoristas, veterinarios y profesionistas de otras disciplinas correlativas y se invitó a las personalidades más distinguidas en estas áreas que hubieran manifestado interés específico por la esterilidad. La idea obtuvo una entusiasta respuesta que culminó con una reunión preliminar en la entonces Escuela Nacional de Medicina y después una más formal para proponer y discutir los estatutos, que se realizó en el entonces Hotel del Prado el 20 de mayo de 1949. Desde el principio se pensó que la naciente Sociedad tuviera carácter nacional.

El acta constitutiva de la Asociación Mexicana para el Estudio de la Esterilidad se protocolizó el 8 de octubre de 1949 ante la fe del notario núm. 15 de la Ciudad de México, Lic. Jorge Sánchez Cordero, misma que firmaron 31 socios fundadores y constan por escrito las cartas de adhesión de cuatro más. Formaron la primera mesa directiva los doctores Alfonso Álvarez Bravo, presidente; Eduardo Castro, vicepresidente; José Pedro Arzac, secretario; Manuel Pesqueira, tesorero; Manuel Mateos Fournier, Luis Gómez Daza y Alejandro Otero, vocales. El estatuto señalaba como propósitos los de “difundir los conocimientos relacionados con la esterilidad y la infertilidad (...) procurar ordenar el trabajo especializado en las distintas entidades de la República Mexicana (...) intensificar el estudio del problema en sus aspectos biológico, clínico, profiláctico, terapéutico y social, y estimular el trabajo de investigación”.

## ETAPA DE CONSOLIDACIÓN Y EXPANSIÓN

Las sesiones eran cada tres meses, un sábado por la tarde, de las 16:00 a las 20:00 horas, pero generalmente se prolongaban porque los trabajos y las ideas se analizaban a fondo, se discutían y suscitaban opiniones apasionadas y apasionantes para los ponentes y muy instructivas para quienes tímidamente nos asomábamos a ese fascinante mundo que para los entonces jóvenes era un descubrimiento cada vez más sorprendente.

Posteriormente, las sesiones se hicieron mensuales y en la gestión de algunas mesas directivas se dio particular importancia a la celebración de sesiones conjuntas con los Hospitales e Instituciones donde había grupos interesados en el trabajo respecto a esterilidad, como los de la SSA, del IMSS, del ISSSTE y privados del tipo del Hospital Español, el Francés y el Inglés.

De las sesiones muy iniciales surgió la necesidad y se decidió la creación de una revista que tuvo el título de *Estudios sobre Esterilidad*, primera en el mundo exclusivamente con esa temática, cuyo primer director fue el Dr. Alfonso Álvarez Bravo. Durante muchos años trabajaron como editores los doctores Enrique Gutiérrez Murillo, Luis Manuel López Santibáñez, Juan Rodríguez Argüelles, Jesús Sánchez Contreras y José Antonio Aguilar Guerrero. Su aparición inicial fue prácticamente simultánea con la de *Fertility and Sterility*, de la Asociación

Americana de Fertilidad y vio la luz en enero de 1950. En la revista *Estudios sobre Esterilidad* se publicaron muy valiosos trabajos que atestiguan las inquietudes y contribuciones de personalidades cuyos nombres han pasado, además de a la historia, verdaderamente a un Olimpo legendario. Además de los mencionados, debe citarse a José Pedro Arzac, Manuel Mateos Fournier, Jesús Kumate, Silvestre Frenk, Eduardo Castro, Jesús Álvarez Ierena, Francisco Valdés LaVallina, Tomás de Erice, Luis Rodríguez Villa, Luis Morales Bolaños, Francisco Durazo, Mario González Ramos, Alfredo López de Nava, etc.

La revista se canceló a los 20 años de publicarse, básicamente debido a problemas financieros y se suplió durante una época por la publicación de memorias escritas de las reuniones anuales que, finalmente, también desapareció.

En esos años se consolidó la idea, primordialmente, de incluir a la pareja como un todo y dejar atrás el concepto inadecuado, injusto y peyorativo de “mujer estéril”. Igualmente, se estableció la diferencia entre los términos esterilidad e infertilidad que, aunque en mucho coinciden, tienen también muchas diferencias en su origen y tratamiento. En la actualidad se va borrando esa diferenciación ante el influjo y predominio anglosajón, que incluye ambos conceptos indiscriminadamente como *infertility*. Se establecieron las bases respecto a cómo es aconsejable realizar el estudio de la pareja estéril, que ya tenía antecedentes en publicaciones del Dr. Carlos D Guerrero. La comisión que estableció los lineamientos que en su mayor parte siguen siendo válidos hasta la fecha, lo hizo en dos etapas, la primera formada por los doctores Alfonso Álvarez Bravo, Francisco Gómez Mont, Francisco Valdés LaVallina y Enrique Gutiérrez Murillo y, en la segunda, por los doctores José Pedro Arzac, Eduardo Castro, Alcibíades Marván, Carlos D Guerrero y Manuel Urrutia. “Los proyectos aprobados y que, por lo tanto, se consideraron oficiales, se publican a continuación,... a fin de uniformar estos estudios en nuestro medio” (Est Esteril 1950;1:99-104).

Se llegó a concordancias respecto a cómo hacer e interpretar la espermatobioscopia, la histerosalpingografía, la biopsia del endometrio y el significado de las entonces primitivas mediciones hormonales. Se dieron bases clínicas y experimentales a la inquietud iniciada por

Guerrero, deKanter, Arzac y Álvarez Bravo, a lo que se llamó la “relación tiroide-genital”, continuada por Arzac, Cortina y Vázquez. Se comenzó a incluir ya en la década de 1950 a la suprarrenal en la temática de la esterilidad con Arzac, Gómez Mont, Vázquez y Zárate.

## **MADUREZ BAJO EPÍGRAFE ESTRICTO DE ESTERILIDAD**

La inventiva de los socios fue prolífica en cuanto a técnicas y procedimientos para restaurar la morfología de las malformaciones congénitas del útero, con técnicas personales de Mateos Fournier y de Álvarez Bravo; los procedimientos para la miomectomía, con Guerrero; la restauración de los cuellos uterinos que tan maltrechos dejaba la obstetricia de la época, con Gutiérrez Murillo y Rovalo.

Fueron motivo de interés y búsqueda de soluciones a un problema de difícil abordaje las técnicas de tratamiento de la obstrucción tubaria con insuflaciones de gas carbónico, a la manera de Rubin y a veces con alta presión súbita (Rovalo); las hidrotubaciones con mezclas de muy diversa composición que incluían antibióticos, corticoesteroides y antiespasmódicos, que tan buenos resultados parecían darle a Jorge Ascenzo Cabello en el Perú, quien reportaba su sorprendente éxito en los congresos internacionales. Todas se aplicaron bajo la dirección de nuestros profesores, con mucho entusiasmo por unos cuantos resultados positivos, que quizá fueron más producto de la casualidad que del tratamiento, pero con muy alto índice de fracaso y, al final, tuvimos que abandonarlos por inoperantes.

La cirugía tubaria tuvo su auge entre 1950 y 1970, con las depuradas técnicas muy originales, personales o importadas por Álvarez Bravo y Urrutia, a las que se agregaron muchas ingeniosas pero lamentablemente difíciles o de escasos resultados: las técnicas de Holden y Sovack, de Moore-White, de Shirodkar, Cohen, etc., algunas de las cuales incluían el uso de diversos tipos de prótesis y materiales de sutura y fueron ampliamente practicadas con más entusiasmo que éxito. Buenos resultados se obtenían, sí, en las lisis de adherencias o en las anastomosis mediotubarias realizadas con preciosismo técnico, pero muy pobres en las plastias distales y peores en las anastomosis tubocornuales, a pesar de

la variedad de instrumentos inventados al objeto y de la ingeniosidad de sus autores. Se utilizaron y se desecharon después de pocos años las plastias “en hamaca” con tubo de polietileno que se anudaba en el tejido adiposo subcutáneo para su fácil extracción. Presenciamos, incluso, el desesperado intento que hiciera López de Nava de trasponer el apéndice ileocecal, respetando su meso y vascularización, para ocupar el sitio anatómico de la trompa, en el desafortunado propósito de realizar un autoinjerto, que resultó en un fracaso y serias complicaciones para la paciente.

No tuvieron mejor suerte por entonces los esfuerzos de reanastomosis del conducto deferente y diversos tratamientos para el factor testicular y la obstrucción de las vías seminales propuestos por Longoria, Castro, Álvarez Ierena, Valdés LaVallina o Erice.

Las técnicas para descender y fijar el testículo ectópico, para reconstruir el conducto deferente o el intento de recuperación de zoospermios del epidídimo o de la orina en casos de eyaculación retrógrada, y los primeros balbuceos entre nosotros de la inseminación intrauterina, campean hoy en la memoria como ambiciosas en sus concepciones y propuestas, pero decepcionantes en sus resultados.

## **LOS ESTUDIOS MORFOLÓGICOS DEL APARATO GENITAL**

Los procedimientos auxiliares de diagnóstico se han incorporado conforme a su aparición en el escenario de la medicina en general. Aparte de la radiografía simple del abdomen o de la pelvis, poco informativas, en los gabinetes de los hospitales y en los privados de Coqui, Santín, Villanueva, etc., se utilizaron desde la década de 1950 los medios de contraste yodados que hacen aparente la morfología de la cavidad de los órganos por explorar. La histerosalpingografía (HSG) con lipiodol fluido reinó por muchos años como el procedimiento más relevante; después se le sustituyó por el estudio con medio de contraste hidrosoluble también yodado y, aunque prácticamente está en extinción frente a las endoscopias, en casos seleccionados aún tiene utilidad.

Con la adaptación del aparato de Forlanini que se usaba para producir el neumotórax con aire en el tratamiento de la tuberculosis cavitaria pulmonar, se

inició el uso del neumoperitoneo con la toma de placas en posición de Trendelenburg para que el gas ocupara la pelvis (pelvineumografía). Los resultados no fueron espectaculares pero, bajo la inspiración del francés Jean d'Alsace hubo un gran entusiasmo por el procedimiento que se llamó ginecografía, que incluía simultáneamente el neumoperitoneo y la instilación de medio radiopaco como en la ya conocida histerosalpingografía. Estas imágenes eran mucho más llamativas pero después de pocos años dejó de usarse el procedimiento debido a lo engorroso de su realización. Los estudios de tomografía computarizada y de resonancia magnética, útiles en algunos problemas de ginecología, no han ingresado más que esporádicamente en la esterilología.

## LOS ESTUDIOS DINÁMICOS DEL APARATO GENITAL

Desde 1921 el Dr. Isidor C Rubin había iniciado y publicado sus trabajos respecto a la exploración dinámica de la permeabilidad tubaria mediante un ingenioso aparato de su invención que, con la oclusión del cuello uterino mediante la oliva de una cánula que llegaba a la cavidad uterina, lograba insuflar bióxido de carbono bajo presión controlada y trazar una gráfica de la presión en el sistema, obteniendo así información de la permeabilidad tubaria. Aunque hubo otros aparatos de fabricación francesa y alemana con registro quimográfico o sin él, prevaleció el de Rubin y su volumen se fue reduciendo con el tiempo, llegando a la simplicidad de producir el bióxido de carbono con un Alka-Seltzer. El gas se acumulaba en un pequeño receptáculo del cual pasaba al manómetro, al sistema de insuflación y con un inscriptor obtenía la gráfica correspondiente. Se tomaban como elementos de juicio en la prueba de Rubin la presión a la que lograba vencerse la resistencia tubaria, la forma de la caída de la gráfica, y la frecuencia y amplitud de las oscilaciones subsecuentes en el curso de dos o tres minutos que duraba la prueba. Durante más de tres décadas se discutió apasionada y acaloradamente en la Sociedad, en congresos y en innumerables reuniones internacionales la interpretación de esos fenómenos, y se concluyó que las oscilaciones se debían a la contracción y relajación alternativa del llamado "esfínter úterotubario", que sólo funcionaba bien en estado de normalidad de los tejidos

circunvecinos; *Estudios sobre Esterilidad* publicó lo más granado de esas interesantes deliberaciones. La prueba cayó en desuso ante la novedad apabullante de la endoscopia y dejaron de fabricarse los aparatos de Rubin, pero unos pocos que los conservamos en estado funcional, los usamos aún porque nos parece que sirven como prueba inicial de escrutinio.

Como dato curioso de la ingeniosidad por encontrar cómo estudiar la permeabilidad y la capacidad de transporte de las trompas, mencionaré que en esas mismas décadas se usó la inyección intraperitoneal en el fondo de saco de Douglas, de tinta china, de partículas de lycopodio o de esférulas microscópicas de material plástico. Horas después se tomaba una muestra del moco endocervical para buscar al microscopio partículas de los materiales mencionados que, al ser positiva, era demostración clara de buena funcionalidad tubaria.

## LA ULTRASONOGRAFÍA

Desde finales del decenio de 1970 a la fecha hemos presenciado el avance de la ultrasonografía, con imágenes cada vez más claras e informativas, más asequibles en su lectura, con mejor definición, complementadas con estudios dinámicos que permiten estudiar la morfología, dinámica y circulación en los órganos genitales femeninos y masculinos. Por citar sólo algunos nombres de quienes la han promovido en esterilología, mencionaré los de Álvarez Navarro, Leis, Lorenzo, Bernárdez. En esterilidad han sido notables las contribuciones al estudio del ciclo ovárico y al seguimiento folicular, la respuesta endometrial, al control de la estimulación ovárica con hormonas, la captura de ovocitos, la detección de congestión pélvica crónica, la histerosalpingosonografía que parece hará desaparecer a la tradicional histerosalpingografía, etcétera, y en el varón al estudio del testículo y del cordón espermático, que ha facilitado el diagnóstico objetivo y dinámico, entre otras cosas, del varicocele, tan frecuente causa de la esterilidad de origen masculino.

## LOS TRATAMIENTOS HORMONALES INICIALES

Conocidos los fenómenos básicos de la ovulación y la espermatogénesis por los estudios de la biología, se

intentaron inducir en la especie humana con la primera gonadotropina que se tuvo relativamente purificada: la derivada del suero de yegua embarazada. A muy poco andar se tuvo que suspender su aplicación debido a las temibles complicaciones anafilácticas que se produjeron. De alguna correlación mal aplicada surgió la idea de estimular la hipófisis y los ovarios con rayos X a distintas dosis y duraciones, en cuyo terreno se distinguieron los doctores Farías, Noriega Limón, Sánchez Cordero y algunos más. Los resultados parecieron, como siempre, alentadores al principio, pero se tuvo que abandonar el procedimiento debido a temores genéticos y porque se vieron casos muy lamentables de castración radiológica. Las gonadotropinas humanas de origen hipofisiario obtenidas por Gemzell en Suecia no llegaron a nuestro país y sólo se tuvo acceso unos años más tarde a las obtenidas de la orina de mujer posmenopáusica en Holanda por Organon y en Italia por Serono. Las proporciones entre FSH y LH, dosificadas a 75 UI de FSH de los preparados iniciales eran variables y su control difícil, por lo que sus resultados no eran del todo satisfactorios. Actualmente se prefieren formulaciones molecularmente semejantes a su origen humano, pero obtenidas por métodos de biología molecular e ingeniería genética, ahora sí totalmente compatibles con sus receptores.

Mientras lo anterior progresaba trabajosamente, en la década de 1950 se inició la etapa de advenimiento de los “inductores de la ovulación”, serendípicamente descubiertos por Greenblatt entre supuestos anticonceptivos, y comenzaron a reportarse resultados sorprendentemente positivos, particularmente con el citrato de clomifeno que aún en la actualidad administramos. En un principio hubo los inevitables contratiempos ocasionados por excesos en las dosis pero, finalmente, se estableció como norma la de 50 mg durante cinco días, sólo incrementada si no hay respuesta. Hubo muchas dudas iniciales en el entendimiento de su mecanismo fisiopatológico de acción hasta que nos pusimos de acuerdo Zárate, Canales, otros y yo, compaginando experiencias y resultados. Llegamos a la conclusión de que el efecto era al inhibir en el hipotálamo-hipófisis la acción de los estrógenos endógenos pero que, periféricamente y en especial en el moco cervical, tiene un claro efecto antiestrogénico. En la actualidad, es todavía un fármaco de primera elección.

Ingresaron sucesivamente las hormonas liberadoras hipotalámicas con muy malos resultados iniciales debido a la ignorancia, superada después, de que era necesario aplicarlas en pulsos y no en bolos ni venoclisis. Llegaron las gonadotropinas purificadas de orina de mujeres posmenopáusicas, y entonces fue posible inducir la ovulación dentro de márgenes de seguridad. Hoy se tienen disponibles (como se mencionó) las moléculas recombinantes prácticamente puras, hormonas hipotalámicas sintéticas que son agonistas y otras moléculas que actúan como antagonistas; con estos sucesivos avances, la inducción de la ovulación es actualmente un proceso de rutina con métodos conocidos y controlados, ya no dependientes de las veleidades del azar o del “tino” en su aplicación.

## UN PARÉNTESIS DIGNO DE REFLEXIÓN POR SUS CONSECUENCIAS

El dietilestilbestrol se administró en las décadas de 1950 y 1960 en dosis variadas, con propósitos aparentemente fundados y al final ilusorios, de inducir la ovulación, pero poco a poco se añadieron indicaciones del medicamento para tratar la endometriosis, mejorar la implantación ovular, hacer crecer el útero hipoplásico, reducir la fragilidad de las vellosidades coriales evitando el paso de eritrocitos fetales a la madre y disminuir así la isoimmunización al factor Rh. Se administró también para el mejor control de la diabética embarazada y como coadyuvante en el tratamiento de la entonces llamada toxemia del embarazo. Se prescribieron elevadas y progresivas dosis de dietilestilbestrol, con gran convicción, a mujeres con antecedente de aborto repetido o con amenaza de aborto, hasta que los reportes alarmantes respecto a su asociación con el carcinoma de células claras de la vagina en hijas de quienes lo habían recibido, nos hicieron abandonarlo bruscamente y convertir en prohibición lo que había parecido dogma. Aún en la actualidad se observa que hijas de madres a quienes se administraron dosis elevadas del fármaco, son frecuentemente estériles por malformaciones uterinas producidas por su exposición prenatal al dietilestilbestrol. Tenemos aquí un ejemplo típico de iatrogenia grave provocada sin intención.

## **AMPLIACIÓN DE LOS HORIZONTES E INCLUSIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN**

En la Asociación, inicialmente fundada para combatir la esterilidad, comenzaron a soplar por 1960 vientos opuestos en el sentido de controlar la fertilidad excesiva con intención de frenar el crecimiento poblacional alarmante en lo mundial y en lo familiar. Alberto Alvarado, Jorge Martínez Manautou, Juan Giner, Ramón Aznar, Armando Torres, Roger Lara y una pléyade más se abocaron a estos estudios desde el punto de vista clínico y lograron grandes avances de repercusión nacional. Se hicieron múltiples investigaciones de los efectos de muchos compuestos estrogénicos y progestacionales sobre el endometrio por Manuel Maqueo, Efraín Vázquez, José Antonio Sereno, Héctor Márquez Monter, Amador González Angulo, Alfredo Fera y otros, que fincaron las bases morfológicas para la formulación de muchos preparados farmacéuticos anticonceptivos. Con los datos experimentales de Vázquez y colaboradores, y de otros grupos, se comprobó que actuaban a múltiples niveles del eje reproductivo y se superó la simplificación inicial de que estos productos actuaban sólo mediante la inhibición del hipotálamo e hipófisis. Las investigaciones de Carlos Gual y Gregorio Pérez Palacios y otros grupos, complementaron el panorama. Las visitas frecuentes y la colaboración de Harry Rudel, Joseph Goldzieher, Egon Diczfalussy y otros profesionistas internacionales, abonaron fructíferamente este terreno. Una de las repercusiones de estas inquietudes fue que incluso el 1 de abril de 1966 se cambiara el nombre de la Asociación por el de Asociación Mexicana para el Estudio de la Fertilidad y la Reproducción Humana, durante la presidencia del Dr. López de Nava y, en 1992, durante la presidencia del Dr. Carlos Hinojosa y Ríos se cambió al nombre actual de Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción en 1993.

### **LA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA**

Con el advenimiento de laparoscopios operatorios e instrumentos como las pinzas y anillos de Yoon y otros, se facilitó que a partir de 1970 se ampliara con este procedimiento el programa de anticoncepción que venía desarrollándose con esteroides desde 1966. La

endoscopia se extendió gracias a las becas otorgadas por la Universidad de Johns Hopkins en el resto de esa década, y continúa con éxito, debido a su alto índice de Perl. Se hicieron también intentos de esterilización histeroscópica por el propio Alvarado, Quiñones y asociados, electrocoagulando la porción cornual de la trompa, o aplicándole diversos cáusticos, con la intención de producir escaras que, al cicatrizar, obstruyeran esa zona. Por su parte, Jaime Chargoy, en Puebla, intentó la aplicación histeroscópica de pequeños tapones de plástico que aplicaba en la misma porción cornual y tenían unas espículas orientadas hacia la cavidad que deberían incrustarse en el tejido y evitar su expulsión. Los resultados en efectividad de estos métodos fueron muy bajos y, al igual que en el resto del mundo, sus autores tuvieron que abandonarlos finalmente.

### **PREDOMINIO DE LA CIRUGÍA SELECTIVA Y LA MICROCIRUGÍA**

Ante el advenimiento de la microcirugía, particularmente de la mano y vasos sanguíneos de diversas localizaciones, no tardaron en aplicarse sus atractivos principios y delicadeza de procedimientos a los problemas de la esterilidad humana, particularmente a la cirugía tubaria. Las técnicas se multiplicaron, las experiencias mejoraron conforme se combinó con ellas el tratamiento médico supresor de las adherencias con corticoesteroides y antibióticos, el uso de mallas de oxícelulosa y se suprimieron las insuflaciones e hidrotubaciones posoperatorias; ahora sí, los antiguos maestros abandonaron sus técnicas poco efectivas y los que comenzaban a destacar, tuvieron éxitos alentadores y puede decirse que hubo un auge en este sentido con Álvarez Bravo, Llaca, Nava, Vázquez, etc.

### **ETAPA DE LA ENDOSCOPIA**

Los inicios en México de la endoscopia aplicada a la esterilidad utilizando el culdoscopio de Decker pueden ubicarse en la mitad de la década de 1940, antes de la fundación de la Sociedad Mexicana de Esterilidad, con la intervención independiente de los doctores Manuel Urrutia, Alfredo López de Nava, José Manuel Septién, Donato Ramírez y Alfonso Álvarez Bravo. La utilización

del mismo en su versión operatoria para hacer ligadura tubaria se practicó a partir de los inicios de la década de 1960, principalmente por Alfonso Gutiérrez Najar y colaboradores.

La laparoscopia diagnóstica, que se inició en gastroenterología con distensión líquida por el Dr. Abraham Ayala González y colaboradores, mejoró con la distensión abdominal por medio del gas carbónico y, con equipos cada vez más completos y mejores controles técnicos, comenzó a popularizarse en la ginecología a principios del decenio de 1970 y fue un gran avance sobre los procedimientos anteriores, a los que desplazó por completo.

En las siguientes líneas citaré a muchos miembros de esta Asociación y a muchos que, sin serlo, han contribuido con sus participaciones por invitación o en sesiones conjuntas.

Las primeras incursiones de Semm en la cirugía ginecológica endoscópica fueron el detonador para que en el mundo, y en México, entrara de lleno y con progresivo éxito, al grado de desplazar a la mayor parte de los procedimientos quirúrgicos tradicionales en el abordaje de la esterilidad, y de la esterilización quirúrgica.

A partir de 1988, con el advenimiento de las endocámaras y monitores se superó la fase de operar en forma individual, casi heroica, iniciada por Kurt Semm en Alemania y así, el tratamiento del factor tuboperitoneal, la endometriosis, los quistes ováricos y las malformaciones uterinas son ahora tributarias de la endoscopia. En México pueden citarse como selección casi al azar los nombres de: Francisco Alfaro Baeza, Luis Carlos Uribe, Luis Noble y Jesús Leal del Rosal, Jesús Sánchez Contreras, Jorge Delgado Urdapilleta, Alberto Alvarado, Alberto Kably Ambe, Roberto Nava y Sánchez, Arturo Molina Sosa, Rodolfo Treviño y muchos otros que con su experiencia creciente han alcanzado niveles de excelencia y han hecho escuela con una nueva dinámica y un nuevo enfoque de la cirugía laparoscópica en esterilidad.

El ingreso, progresivo también, de la histeroscopia diagnóstica, favorecida por los progresos técnicos de la endoscopia en general, se inició con Alvarado Durán, Quiñones y colaboradores, y ha tenido auge en sus aspectos terapéuticos cada vez más consolidados con Bernardo Torres del Toro, José Alanís Fuentes, Carlos

Salazar, Juan Carlos Hinojosa y un número cada vez mayor de entusiastas innovadores.

## ETAPA DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA

El soplo inicial que dieran Edwards y Steptoe al lograr la primera fertilización *in vitro* exitosa con el nacimiento de Louise Brown en 1978 se convirtió pronto en arrollador huracán que hizo que en todo el mundo se integraran grupos multidisciplinarios con una constitución cada vez más completa y eficaz, que al momento han logrado varios miles de nacimientos de niños que no hubieran nacido con los procedimientos que hoy llamamos tradicionales. En México se cristalizaron estas inquietudes inicialmente en Monterrey con el liderazgo de Samuel Hernández Ayup y Roberto Santos, posteriormente en la ciudad de México con Alberto Alvarado, Alberto Kably Ambe, Fernando Gaviño, en el Instituto Nacional de Perinatología; Alfonso Gutiérrez Najar en el Hospital Ángeles del Sur, etc. Pronto se estableció una clínica en Guadalajara con Efraín Pérez Peña, en León con Ernesto Gallardo Lozano y Antonio Gutiérrez Gutiérrez, en Puebla con Alfonso Horta, en Chihuahua con Jesús Leal del Rosal y actualmente muchos otros en hospitales e instituciones de tercer nivel de varias entidades del país.

En pocos años se ha vuelto más habitual la recuperación de ovocitos por vía vaginal con guía ultrasónica que por la propia laparoscopia, como fue al principio. Esto, aunado a los grandes avances en el control de la ovulación a través de gonadotropinas recombinantes, agonistas, antagonistas y sus combinaciones que permiten manejar la ovulación casi a voluntad han hecho los procedimientos cada vez mejor controlados, respecto a lo que se han publicado lineamientos y regulaciones estrictas. Lo anterior ha exigido mayor participación multidisciplinaria, mejor preparación de quienes la practican y estrictos controles de calidad; si no se cumple lo anterior, se trasgrede gravemente la ética médica.

## RELACIONES CON OTRAS ASOCIACIONES

En nuestro país, la Asociación ha mantenido relaciones por naturaleza estrechas con las de ginecología y obstetricia a través de su Federación, con la de nutrición y

endocrinología, con las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía. Por la afinidad de intereses y opciones de mejoría recíproca se realizaron dos de las reuniones anuales conjuntamente con la Asociación Mexicana de Endoscopia Ginecológica y Microcirugía, una de ellas durante la presidencia del Dr. Ernesto Castelazo Morales, que fueron fructíferas y prometedoras pero se suspendieron debido a factores humanos de malos entendidos.

En las relaciones con sociedades internacionales de la especialidad es grato recordar que, en secuencia de los antecedentes señalados al comienzo, en los primeros años varios de nuestros profesores tuvieron una muy activa participación en la fundación de la International Fertility Association (IFA) que se realizó en Río de Janeiro el 16 de octubre de 1951, y con B. Bernard Weinstein como su primer presidente, Arthur Campos da Paz, vicepresidente, y Carlos D Guerrero, de México, secretario. También asistió el Dr. Alfonso Álvarez Bravo. El Dr. Guerrero fue el cuarto presidente de la IFA, de 1959 a 1962. En los años subsecuentes, el interés mundial por la esterilidad condujo a la formación de otras agrupaciones internacionales de carácter regional, lo que permitió que se rectificaran posiciones y, en lugar de estar formada por personas, en 1968, en Tel Aviv, Israel, la IFA se transformó en la International Federation of Fertility Societies (IFFS) que incorporó a las sociedades nacionales que en esa época existían y en esa forma subsiste hasta la actualidad.

En esta nueva perspectiva, durante el X Congreso Mundial de Fertilidad y Esterilidad, presidido por el Dr. Joaquín Cortés Prieto en Madrid, a propuesta de los doctores Victoriano Llaca y Roberto Nava y Sánchez, se propuso que México fuera miembro del Comité Ejecutivo de la Federación Mundial, lo que fue aceptado por unanimidad y el nombramiento individual recayó en mi persona. En ese carácter participé activamente de 1980 a 1989 en las Mesas Directivas que presidieron Armando Mendizábal, de Argentina; William C. Andrews, de Estados Unidos; Kurt Semm, de Alemania y con la presencia continua ex-oficio, hasta su fallecimiento, de Arthur Campos da Paz, Axel Ingelman-Sundberg, de Suecia; Shoichi Sakamoto de Japón y del patriarca de la fertilización *in vitro*, Patrick Steptoe del Reino Unido.

Con ese carácter y en época en que los viáticos y subsidios no existían, asistí a los congresos mundiales de la

IFFS en Berlín, Dublín, Singapur y Marruecos. De todo ello informé oportunamente a las mesas directivas de la Asociación Mexicana para el Estudio de la Fertilidad y la Reproducción Humana.

## SEDES Y DOMICILIOS

Conforme señalé al principio, la sede fue desde la fundación hasta 1961 el Hospital Concepción Béistegui en la calle de Regina núm. 8, del que era director el Dr. Atanasio Garza Ríos y posteriormente el Dr. Paul Teuscher, quienes invitaron a la Asociación a sesionar en su auditorio de amplias y cómodas butacas, en las que acomodaban a un público ávido de saber.

Al construirse el edificio de la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia durante la presidencia del Dr. Alfredo López de Nava, y considerando que la mayoría de los miembros de la AMEE lo eran también de la primera, se aceptó por convenio mutuo que ésta se mudara a la calle de Baja California 311, donde estuvo hasta 2001, año en que la mesa directiva presidida por el Dr. Roberto Cervera adquirió un inmueble en la calle de Puebla núm. 398. Esta sede duró sólo dos años, porque si bien resultó espaciosa, era de difícil acceso, por lo que atinadamente se vendió el local y se compró el que se inauguró el 24 de mayo de 2003 en el World Trade Center, siendo presidente del Dr. Sergio Téllez Velasco. Durante el intervalo, la Asociación ocupó un inmueble en la calle de Manuel Gutiérrez Nájera núm. 18, colonia Obrera, por gentil concesión de su propietario, el Dr. Manuel Mario Matute Raffray.

## COMENTARIO SOBRE EL PRESENTE Y CONCLUSIÓN

Al momento de escribir estas líneas, la Asociación celebra su XXXIX Reunión Anual, cuenta con 430 miembros en todo el país y, además de continuar sus intereses tradicionales, se ha creado la sección de interés especial de reproducción asistida, y están por crearse otras más, en respuesta a la variedad de opciones que se van abriendo entre sus socios.

Entre los logros muy recientes resulta altamente satisfactorio que, por iniciativa de la mesa directiva que preside el Dr. Gerardo Velázquez Cornejo y con el

auxilio de entusiastas colaboradores, surja una nueva publicación, ahora con el nombre de *Revista Mexicana de Medicina de la Reproducción* que, debido a su enfoque mucho más extenso en concordancia con la evolución de la propia agrupación, no puede considerarse como una segunda época de la anterior, sino como un foro nuevo y adecuado para recoger decorosamente y hacer conocer la producción de nuestros investigadores nacionales y, a no dudarlo, autores huéspedes de otras latitudes.

Con estos recuerdos termino esta revisión, hecha auténticamente “a vuelo de pájaro”, de mi manera de ver la historia de nuestra Asociación, con mi reitera-

do y cumplido agradecimiento a la mesa directiva entrante y a su presidente, el Dr. Gerardo Velázquez, por el honor de invitarme a escribir estas líneas. Una vez más extendiendo a toda la comunidad interesada en la reproducción humana mi felicitación por contar, a partir de hoy, con una revista propia de formato actualizado, cuyo contenido dependerá del interés que se le ponga. Finalmente, hago votos por el continuo progreso de la hoy venerable agrupación, que tuvo su comienzo en la humildad física pero con una evolución siempre cimentada en la digna y honrosa postura de quienes la iniciaron y siguieron, y con su esfuerzo hicieron posible el brillante desarrollo que actualmente atestiguamos.



Dr. Alfonso Álvarez Bravo  
(1949-1951)



Dr. José Pedro Arzac  
(1953-1955)



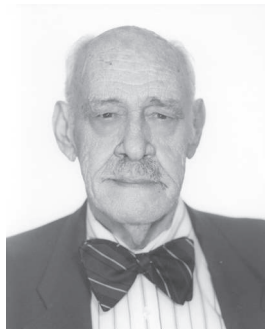
Dr. Carlos D. Guerrero  
(1955-1957)



Dr. Luis Castelazo Ayala  
(1959-1961)



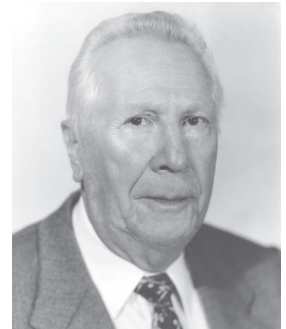
Dr. Luis Rodríguez Villa  
(1961-1963)



Dr. Francisco Valdéz la Vallina  
(1963-1965)



Dr. Alfredo López de Nava  
(1965-1967)



Dr. Francisco Durazo Quiroz  
(1967-1969)



Dr. Juan Rodríguez Arguelles  
(1969-1971)



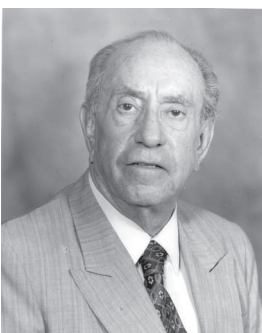
Dr. Luis M. López Santibáñez  
(1972-1973)



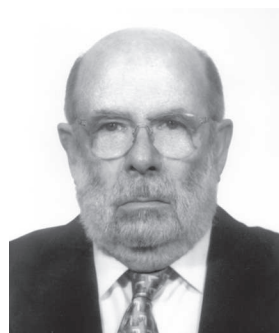
Dr. Jorge Delgado Urdapilleta  
(1973-1974)



Dr. Elías Canales Pérez  
(1975-1976)



Dr. Javier Soberón Acevedo  
(1978-1979)



Dr. Javier Méndez González  
(1979-1980)



Dr. Victoriano Llaca Rodríguez  
(1980-1981)



Dr. Jesús Sánchez Contreras  
(1981-1982)



Dr. Gilberto Ramírez Cueto  
(1982-1983)



Dr. Guillermo Santibáñez Moreno  
(1983-1984)



Dr. Javier Santos González  
(1984-1985)



Dr. José Gordillo Fernández  
(1985-1986)



Dr. Roberto Nava Sánchez  
(1986-1987)



Dr. Aquiles Ayala Ruiz  
(1987-1988)



Dr. Fernando Río de la Loza  
(1988-1989)



Dr. José A. Aguilar Guerrero  
(1989-1990)



Dr. Jaime Rosas Arceo  
(1990-1991)



Dr. Manuel Álvarez Navarro  
(1991-1992)



Dr. Carlos Hinojosa y Ríos  
(1992-1993)



Dr. Judith Ablanedo Aguirre  
(1994-1995)



Dr. Efraín Pérez Peña  
(1995-1996)



Dr. J. Roberto Ahued Ahued  
(1996-1997)



Dr. Jorge A. Sahagún Quevedo  
(1997-1998)



Dr. Jorge Kunhardt Rasch  
(1998-1999)



Dr. Juan C. Hinojosa Cruz  
(1999-2000)



Dr. Roberto Cervera Aguilar  
(2000-2001)



Dr. Segismundo Rodríguez R.  
(2001-2002)



Dr. Sergio Téllez Velasco  
(2002-2003)



Dr. Rubén Tlapanco Barba  
(2003-2004)



Dr. Carlos E. Morán Villota  
(2004-2005)



Dr. Alfonso Murillo Uribe  
(2005-2006)



Dr. Manuel M. Matute González  
(2006-2007)



Dr. Claudio Serviere  
(2007-2008)



Dr. Gerardo Velázquez Comejo  
(2008-2009)